

EL “HOSPITAL COVID-19”: UNA MIRADA ETNOGRÁFICA DE LAS RUTINAS MÉDICAS DEL VIH EN UN SERVICIO HOSPITALARIO PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA DEL COVID-19 EN 2020

The “Covid-19 hospital”: an ethnographic approach on HIV medical routines in a public hospital unit in the city of Buenos Aires during the Covid-19 health emergency in 2020

O “hospital Covid-19”: um olhar etnográfico das rotinas médicas do HIV em um serviço hospitalar público da cidade de Buenos Aires durante a emergência da Covid-19 em 2020

Tomas Kierszenowicz
Licenciado en Ciencias Antropológicas, Universidad de Buenos Aires,
Facultad de Filosofía y Letras.
Programa Antropología y Salud / Universidad de Brasília,
Programa de Posgrado en Antropología Social.
E-mail: tomaskier5@gmail.com

Áltera, João Pessoa, Número 14, 2022, e01404, p. 1-24

ISSN 2447-9837



RESUMEN:

En este artículo muestro cómo se reorganizan las rutinas médicas del VIH-Sida en un servicio hospitalario público de la ciudad de Buenos Aires a partir de las políticas sanitarias de contención de la Covid-19 que interrumpieron la oferta de prestaciones e intervenciones médicas en 2020. Para ello, presento testimonios de trabajadores de la salud, para mostrar la reorganización hospitalaria y las rutinas médico-institucionales del VIH-Sida. Recupero, además, las discusiones suscitadas entre los integrantes del servicio en torno a la situación de dos pacientes con VIH internados en el hospital destacando las tensiones y estrategias que se despliegan para establecer diagnósticos e indicar tratamientos en el marco de una organización hospitalaria atravesada por medidas sanitarias que buscaban evitar los contagios de la Covid-19 dentro de la institución. Como estrategia metodológica, privilegié un abordaje etnográfico con participación en reuniones virtuales celebradas por trabajadores de la salud de este servicio durante 2020.

PALABRAS CLAVE:

Rutinas médicas. Etnografía. Covid-19. VIH-Sida.

ABSTRACT:

This article shows how HIV-AIDS medical routines are reorganized in a public hospital unit in the city of Buenos Aires due to the Covid-19 containment health policies that interrupted the offer of medical care and interventions in 2020. To address this, I present testimonies of health workers showing hospital reorganization and the HIV medical routines. I also introduce the discussions between unit health workers regarding the situation of two hospitalized patients with HIV to shed light on the tensions and strategies that are carried out to establish a diagnosis and prescribe a treatment within the restrictions aimed to prevent the spread of Covid-19 in the institution. This research is based on an ethnographic approach with participation in virtual meetings held by health workers of this unit during 2020.

KEYWORDS:

Medical routines. Ethnography. Covid-19. HIV-AIDS.

RESUMO:

Neste artigo, mostro como as rotinas médicas do HIV-AIDS são reorganizadas em um serviço hospitalar público da cidade de Buenos Aires a partir das políticas de saúde de contenção da Covid-19 que interromperam a oferta de assistência e intervenções médicas em 2020. Para isso, apresento depoimentos de trabalhadores da saúde para mostrar a reorganização hospitalar e as rotinas médico-institucionais do HIV-AIDS. Também recupero as discussões entre os membros do serviço sobre a situação de dois pacientes com HIV internados no hospital, destacando as tensões e estratégias realizadas para estabelecer diagnósticos e indicar tratamentos dentro do contexto de uma organização hospitalar atravessada por medidas de saúde que procuravam impedir a disseminação da Covid-19 dentro da instituição. Como estratégia metodológica, dou privilégio à uma abordagem etnográfica com participação em encontros virtuais realizados por trabalhadores de saúde deste serviço durante o ano de 2020.

PALAVRAS-CHAVE:

Rotinas médicas. Etnografia. Covid-19. VIH-Aids.



INTRODUCCIÓN

A mediados de la década de 1990, el tratamiento para controlar el VIH-Sida se modificó sustancialmente con el desarrollo de Terapias Antirretrovirales Altamente Activas (TARV) que mejoraron el pronóstico de infección de VIH de las personas afectadas. El advenimiento de las TARV y la designación del VIH como una enfermedad transmisible crónica reorientó sustancialmente el manejo médico del VIH-Sida introduciendo nuevos desafíos para la práctica clínica. La *adherencia* de larga duración a los tratamientos se tornó una cuestión central de los abordajes médico-institucionales (MARGULIES ET.AL, 2006). Desde la mirada biomédica, la *adherencia* pasó a ser construida como la “actitud de cumplimiento o incumplimiento del tratamiento” tomando como referencia las acciones que los afectados realizan con el fin de mejorar su estado de salud en coincidencia con las prescripciones médicas (MARGULIES ET.AL, 2006).

Para *poner fin al Sida* en 2030 (ONUSIDA, 2021), las respuestas médicas y políticas frente al VIH-Sida se orientan a partir de un modelo centrado en el diagnóstico e inicio temprano del tratamiento antirretroviral (TARV) y la introducción de sofisticadas tecnologías biomédicas para la prevención de la infección. El *inicio temprano* del TARV se configura como piedra angular de las recomendaciones médicas por sus beneficios clínicos en la reducción de la mortalidad asociada al Sida y en la disminución de las probabilidades de la transmisión del virus cuando su presencia en el cuerpo es *indetectable* (OMS, 2012), es decir, es inferior a la que el análisis de los marcadores bioquímicos puede medir, lo que medicamente se define como *indetectabilidad* del virus.

En Argentina, el estado nacional asume la cobertura de tratamientos médicos para los afectados por la epidemia del VIH-Sida (ARGENTINA, 1990) y los distribuye a través de la Dirección Nacional de Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (DNSeITS) (DURAN y BLOCH, 2009). En la ciudad de Buenos Aires, la estrategia nacional de tratamiento y prevención se canaliza a través de la Coordinación Salud Sexual, VIH e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Se estima en 140 mil el número de personas que viven con VIH en Argentina (Ministerio de Salud de la Nación, 2021a) hasta el año 2020. Anualmente, se notifica un promedio de 4 mil 500 nuevos casos, de los cuales el 29 por ciento corresponden al Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Durante el año 2021, 65 mil personas retiraron el TARV a través del sistema público de salud. Las muertes asociadas al Sida fueron reportadas por las autoridades de salud a lo largo del país en el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA). En el año 2019 se registraron mil 250 fallecimientos (MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, 2021a). La tasa de mortalidad nacional cada cien mil habitantes fue de 2.6 y en la ciudad de Buenos Aires de 2.9. Se trata de los valores más bajos desde 1993. El 28 por ciento de los fallecimientos se produjeron



en personas entre 45 y 54 años de edad y el 27 por ciento en el grupo de 35 a 44 años.

Entre marzo 2020 y julio 2021, se reportaron 4 millones 564 mil 892 casos de Covid-19 en Argentina (MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, 2021a). De 125 mil 315 registros de personas con VIH, se identificaron 13 mil 117 casos de Covid-19 en esta población. En el mismo período, se notificaron 103 mil 842 fallecimientos por Covid-19 en la población general argentina y 327 muertes de personas con diagnóstico simultáneo de VIH y Covid. Las tasas de letalidad fueron de 2.3 por ciento y 2.5 por ciento respectivamente. Para la población de personas con VIH entre 20 a 69 años de edad, las tasas de letalidad fueron mayores respecto de la población en general. A partir de estos datos, el Ministerio de Salud de la Nación (2021) establece que “las personas con VIH tienen un riesgo mayor de fallecer por Covid-19 frente a la población general”.

Las respuestas globales y locales a la pandemia de la Covid-19 produjeron una “afectación total de la vida social” (GARCÍA, 2020). Ante la amenaza de colapso de los servicios de salud, la respuesta sanitaria nacional durante 2020 incrementó la “inversión de esfuerzos y recursos destinados a fortalecer los cuidados hospitalarios de alta complejidad” (GARCÍA, 2020) y los sistemas de referencia y contrarreferencia. La preparación de la respuesta hospitalaria conllevó además el diseño de protocolos para la recepción y derivación de personas con síntomas, la reorganización de los espacios hospitalarios, así como la ampliación de camas de terapia intensiva.

El sistema de salud argentino se caracteriza por su descentralización y heterogeneidad. Se conforma a partir del conjunto de recursos organizados para dar atención preventiva y asistencial a la población a través de la salud pública, la medicina privada, las obras sociales y las cooperativas y mutuales de salud (CENTRÁNGOLO, 2014; ASPIAZU, 2016). Las provincias y los municipios son los responsables principales sobre la salud pública, pero debido a la desigual disponibilidad de recursos, las brechas regionales en términos de resultados de salud alcanzados y la calidad de atención son significativas (PNUD, 2011).

Este artículo se desprende de los datos de una etnografía en curso para mi Tesis de doctorado en Ciencias Antropológicas. Entre 2019 y 2021 conduje un trabajo de campo en el marco del servicio de VIH¹ del Hospital “R”² ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) con el propósito de describir y analizar los procesos de atención al VIH (MARGULIES, 1998) en este servicio desde un enfoque relacional que articula el estudio de las respuestas políticas, las prácticas médico-institucionales y el rol de las tecnologías de investigación biomédica. Como principal estrategia metodológica, hasta

1 Denominación ficticia. El nombre real de este servicio hospitalario fue modificado para preservar el anonimato de sus actores.

2 Denominación ficticia. El nombre real de este hospital fue modificado para preservar el anonimato de sus actores.



marzo 2020 privilegié la observación presencial de las instancias cotidianas del servicio que involucran la atención de los pacientes y la participación en reuniones que semanalmente se llevan a cabo entre los integrantes del servicio para revisar la situación de los pacientes con VIH internados distribuidos en las distintas salas del hospital y discutir aspectos ligados a la organización cotidiana de la atención³.

Por la pandemia de COVID-19, entre 2020 y 2021 suspendí la observación presencial. Las restricciones a la circulación dentro del hospital conllevaron una reorganización de mis estrategias de trabajo de campo diseñadas inicialmente para ser llevadas a cabo de forma presencial. Para poder continuar con mi investigación, fui invitado por el jefe del servicio a participar en las reuniones semanales que comenzaron a realizarse de forma virtual a través de la plataforma zoom®.

A partir de los testimonios de los trabajadores de la salud me fue posible adentrarme en la cotidianeidad de lo que acontecía en el hospital en un periodo en el cual no me era posible asistir presencialmente a la institución. El material etnográfico que se analiza en este artículo proviene de la reconstrucción de testimonios e intercambios que tomaron lugar durante estas reuniones en el año 2020 y de una entrevista en profundidad realizada al jefe del servicio en el mismo año.

En este trabajo, me interesa mostrar cómo se desarrollan las rutinas médicas del VIH-Sida en el marco de la vigencia de medidas sanitarias que, en favor de evitar nuevos contagios de Covid-19 dentro de la institución, generaron la interrupción de la oferta de prestaciones e intervenciones médicas. En primer lugar, presento los testimonios que tomaron lugar en ocasión de las reuniones virtuales mostrando los sentidos de los trabajadores de la salud de este servicio respecto de las implicancias de la reorganización hospitalaria para las rutinas médico-institucionales del VIH-Sida. En segundo lugar, recupero los relatos y discusiones suscitadas durante estas reuniones en torno a la situación de dos pacientes con VIH internados en el hospital iluminando estrategias que estos trabajadores de la salud despliegan para establecer un diagnóstico e indicar un tratamiento.

ABORDAJES CENTRADOS EN LAS EPIDEMIAS DEL VIH Y EL COVID-19

Diversas investigaciones antropológicas y de las ciencias sociales han abordado la correlación entre las prácticas de cuidado de ambas epidemias. Braksmajer y London (2021) analizan entrevistas a varones gays de Estados Unidos destacando cómo las narrativas y experiencias colectivas del VIH influyen en la comprensión y las respuestas al coronavirus. Ellos navegan en el contexto amenazante que impone

3 Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética del hospital.



esta última pandemia negociando sus *respuestas personales* a partir de las cuales despliegan estrategias cotidianas para evitar *la transmisión y adquisición de este virus*. García-Iglesias y Ledin (2021) conducen una “etnografía online” en un foro de varones gays que mantienen sexo sin preservativo mostrando como *negocian el riesgo de adquirir Covid-19* mediante el despliegue de estrategias de prevención de infecciones de transmisión sexual como el VIH. En las comparaciones que estos sujetos realizan entre sus experiencias en la prevención de ambos virus, toman lugar nuevos discursos de responsabilidad y preocupaciones sobre la continuidad de sus prácticas sexuales. El trabajo de Triratnawati (2021) se centra en la organización cotidiana de las prácticas de cuidado que realizan personas cercanas para los afectados por VIH. Analiza entrevistas a familiares de personas viviendo con VIH en la isla de Java recuperando sus esfuerzos para brindar apoyo emotivo y económico a este integrante durante los primeros años de la pandemia de Covid-19. Los resultados de este estudio destacan el rol central de los lazos de parentesco como espacio de contención para los afectados por el VIH.

Otro eje han sido los discursos y representaciones públicas sobre ambas epidemias. Ledin y Weil (2021) analizan las publicaciones en redes sociales y notas periódicas sobre la campaña mediática “Test Now, Stop HIV” impulsada durante el año 2020 por una clínica de salud sexual, que muestra cómo reaparecen viejos discursos que esgrimen estrategias de prevención de infecciones de transmisión sexual como la abstinencia, en lugar del *sexo seguro*. Morris (2021) conduce lo que denomina una *auto etnografía* a partir del análisis de un *diario digital* que el autor comenzó a escribir luego de recibir su diagnóstico positivo de VIH en 2016 y hasta 2021, iluminando las representaciones que percibió de los diferentes medios periodísticos y sitios web en torno a ambas epidemias. Este trabajo muestra cómo los discursos morales y políticos dominantes construyen narrativas que estigmatizan a quienes reciben un diagnóstico positivo para VIH o Covid-19 rotulándolos como sujetos *imprudentes, arriesgados o irresponsables*.

Un tercer tópico, trata de los efectos para las respuestas médico-institucionales del VIH y la organización hospitalaria. A partir del análisis de *revistas etnográficas* producidas por periodistas de Mali entre los años 2020 y 2021, Zhou (2021) destaca los límites de la respuesta nacional al VIH. La estrategia nacional se caracteriza por la articulación entre un sistema público de salud con “escasos recursos” económicos y de personal que comienza a priorizar la atención a pacientes con Covid-19, así como un *sistema paralelo* conformado por organizaciones no gubernamentales (ONG) que brindan medicamentos y atención a los pacientes con VIH según sus objetivos programáticos y las prioridades de los donantes.



Bulled y Singer (2020) recuperan una perspectiva “sindémica” para comprender cómo factores históricos locales, condiciones socioambientales y epidemias anteriores como la del VIH y la tuberculosis dan forma a la respuesta sanitaria de la Covid-19. Señalan que el conocimiento de las *sindemias* plantea nuevas implicaciones para las rutinas e intervenciones médicas, ya sea en el establecimiento de diagnósticos o en la indicación de tratamientos para enfermedades entrelazadas. En este sentido, los autores sugieren que las coinfecciones entrelazadas tienden a reducir la eficacia de los tratamientos, o que el procedimiento médico de una puede verse debilitado por la acción de la otra (SINGER et al., 2017).

El trabajo de Remorini et.al (2021) también aporta a la comprensión de las gestiones locales de la sindemia. Desde una perspectiva etnográfica, analizan la implementación de las respuestas médico-políticas a la Covid-19 en un hospital público de la provincia de Buenos Aires, Argentina, atendiendo al impacto en el trabajo cotidiano en los servicios de salud. Esta investigación muestra cómo las estrategias organizativas de los trabajadores de la salud conllevan la adopción de las medidas sanitarias acorde a las posibilidades de los contextos hospitalarios marcados por la incertidumbre y el riesgo epidemiológico.

LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL “R”

El hospital “R” forma parte de la red de 35 instituciones hospitalarias públicas de la ciudad, de las cuales 14 son nosocomios generales que brindan atención universal y gratuita en las especialidades médicas establecidas en la Ley Básica de salud N°153 de CABA (1999). Esto incluye la atención ambulatoria, internaciones y el suministro de medicamentos básicos a los pacientes sin cobertura privada (prepagas) o con cobertura semi-privada (obras sociales).

La estructura hospitalaria se divide en “departamentos”, los cuales están jerárquicamente ordenados en su interior a partir de “divisiones”, “unidades”, “secciones” y “grupos de trabajo”, siendo esta última, la categoría más baja dentro de la estructura hospitalaria, lo que implica tener un número menor de personal médicos o enfermeros contratado por la municipalidad, además de no disponer de un presupuesto para contratar asistencia administrativa para coordinar los sistemas de turnos y todas las gestiones de los pacientes.

La “demanda programada” para cualquier prestación médica se organiza a partir de un sistema telefónico de entrega por turnos coordinado por la municipalidad. La “demanda espontánea” es una modalidad frecuente en los consultorios ambulatorios; consiste en el acercamiento del usuario a los consultorios sin turno



previo. Sin embargo, esta dinámica está sujeta a la decisión de cada servicio de recibir a estos pacientes.

Las salas de internación son unidades dentro de cada uno de los departamentos de las especialidades médicas. Las internaciones pueden ser “programadas” o “espontáneas”. La primera modalidad implica reservar una cama para realizar una intervención planificada o estudios de control que requieren la permanencia del paciente por un tiempo. Las internaciones espontáneas ocurren generalmente a partir de la indicación de un médico del departamento de “urgencias”.

LA ATENCIÓN AL VIH-SIDA

La atención al VIH dentro del hospital se desarrolla en los grupos de trabajo de infectología y de VIH y la división de pediatría. Se estima que la mayoría de los usuarios con VIH adultos (>18 años) que se atienden en el hospital, lo hacen en el servicio de VIH (GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, 2017). Los usuarios menores de esta edad a pediatría. En el año 2017, en el servicio de VIH se realizaron 3 veces la cantidad de consultas ambulatorias que se llevaron a cabo en infectología. Mientras que el primero se aboca exclusivamente a la atención médica del VIH, en el segundo se atienden pacientes con otras patologías infecciosas.

Desde la conformación del servicio de VIH a principios de la década de 1990, la atención ambulatoria a pacientes internados con VIH en el hospital, ha sido canalizada a través de este grupo de trabajo. Los integrantes fundadores refieren que su conformación estuvo motivada por la creación de un servicio hospitalario que proveía atención médica a los afectados por la epidemia del VIH-Sida en un momento donde no se disponía de un tratamiento efectivo para controlar la multiplicación del virus. Se trata de un servicio desde el cual también se ha promovido la investigación clínica bajo el modelo de ensayos clínicos financiados por laboratorios, entidades académicas extranjeras y fondos provistos por el estado nacional.

Al momento de realizar mi trabajo de campo, el staff del servicio dedicado a la atención clínica de los pacientes ambulatorios e internados, se componía de seis médicos y cuatro enfermeros contratados por la municipalidad, y 2 médicos concurrentes. Los recursos provistos por las investigaciones clínicas fueron empleados para otorgar una beca a estos últimos trabajadores que, de otra manera, no contarían con un ingreso por su labor en el servicio. Asimismo, se redireccionan estos recursos para contratar de forma privada a dos asistentes administrativas para “secretaria” del servicio, encargada de realizar todas las gestiones administrativas vinculadas con la atención de los pacientes como la entrega de turnos, recetas y



autorizaciones para estudios.

El hospital no cuenta con salas de internación exclusiva para enfermos con VIH. Estos usuarios se distribuyen entre las salas de los departamentos de cada una de las especialidades médicas según la etiología de la enfermedad. Cuando un paciente ingresa por la guardia de urgencias, el médico de turno realiza un primer diagnóstico a partir de criterios clínicos. Estas prácticas diagnósticas son establecidas mediante exámenes físicos como la revisión cutánea y la evaluación de la capacidad motriz, la toma de temperatura y el relato del paciente o sus allegados. Cuando este expone ante los médicos de la guardia tener diagnóstico de VIH, estos informan al servicio de VIH sobre su llegada al hospital para involucrarlos en las decisiones clínicas junto con los médicos responsables de la sala donde se lo derive.

El hospital cuenta con un Centro de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico del VIH-Sida (CePAD), creado en el año 2002 como un espacio perteneciente al servicio de VIH. El CePAD surge como una iniciativa de la Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS (CSSSeI) de la ciudad de Buenos Aires para canalizar la oferta de exámenes rápidos para la detección de VIH. El servicio comienza a organizar la oferta de tests y toma de muestras para la confirmación de diagnóstico a partir de los insumos que provee la CSSSeI y la designación de cuatro enfermeros contratados por la municipalidad para desempeñarse en las tareas del CePAD.

Una de las particularidades del servicio es la realización de reuniones periódicas para la resolución de cuestiones ligadas a la organización cotidiana de las prestaciones ofrecidas y para revisar la situación de los pacientes internados con VIH distribuidos en las distintas salas del hospital. Durante los años 2020 y 2021, estas reuniones se celebraron de forma virtual. Cada mes, hay un médico responsable de realizar el seguimiento de los pacientes internados y de presentarlos durante cada encuentro como casos clínicos (GOOD, 1996). La presentación de casos constituye un género de relatos en la práctica médica a través de los cuales se clasifica a las personas como pacientes o problemas médicos.

Las presentaciones siguen un formato específico que busca abarcar ejes como: ingreso al hospital, antecedentes, diagnóstico, involucramiento de otros servicios y tratamiento a seguir. Cuando un paciente permanece por un tiempo prolongado en una sala de internación, en cada reunión se exponen solo las actualizaciones. Debido a las restricciones de tiempo, dichas presentaciones se limitan a exponer únicamente las informaciones que “ayuden al diagnóstico y a la decisión terapéutica” (GOOD, 1996), estipulando al paciente como un “proyecto médico”.



EL COVID-19, LA REORGANIZACIÓN HOSPITALARIA Y LAS RUTINAS DEL SERVICIO

En el marco de la emergencia sanitaria nacional declarada en marzo de 2020 (PODER EJECUTIVO NACIONAL, 2020A), para organizar una respuesta a la pandemia de la Covid-19, el hospital asumió las funciones de detección, tratamiento ambulatorio e internación de los afectados por este virus. Por un lado, se crea la Unidad de Febriles de Urgencia (UFU) en las inmediaciones del hospital para atender a la demanda de los pacientes que acudían por sospecha de Covid-19.. En la UFU se realiza una evaluación de la situación del paciente para confirmar su motivo de consulta y la existencia de síntomas compatibles con la infección por el virus. El diagnóstico de Covid-19 se realiza mediante una prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) a partir de una muestra de saliva que se obtiene mediante un hisopado nasofaríngeo (OMS, 2020).

A las personas que concurren a la UFU y no requieren de monitoreo médico se les indica aislamiento en un espacio extrahospitalario hasta tener los resultados del estudio de la PCR. Las personas que, en cambio, necesitan de asistencia médica son derivadas a una sala de internación. Inicialmente, el espacio de internación se reorganizó de modo tal que los pacientes con Covid y aquellos a la espera del diagnóstico, considerados “sospechosos”, no estuvieran en contacto con el resto. Tal como señala Zhou (2021), las instituciones hospitalarias públicas devinieron en sitios de riesgo para la infección de Covid-19.

La respuesta sanitaria nacional a la Covid-19 generó a partir de marzo del año 2020 una reorganización de los espacios y modalidades de atención para evitar la transmisión entre pacientes y trabajadores de la salud, del virus dentro de los hospitales municipales. Hasta diciembre de ese año, todas las actividades programadas de internación y ambulatorias fueron suspendidas en los nosocomios de la ciudad de Buenos Aires (GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, 2020A). Para promover la vinculación de los pacientes con el sistema de público de salud de la ciudad de Buenos Aires durante el periodo de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) (PODER EJECUTIVO NACIONAL, 2020B), se institucionaliza la “teleconsulta” por llamada o videollamada como modalidad de atención (GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, 2020B). En paralelo, se autorizó la entrega de medicamentos desde las farmacias de los hospitales mediante prescripciones electrónicas (GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, 2020C).

El CePAD y los consultorios ambulatorios del servicio de VIH permanecieron abiertos para la atención a pacientes que llegaban por demanda espontánea o a partir de turnos otorgados por la secretaría reservados para determinadas situa-



ciones. Durante la ya citada reunión del 24 de junio de 2020, Miguel⁴, jefe del servicio, indicó al personal administrativo de la secretaría “hacer un filtro” y “otorgar turnos presenciales sólo si hay una causa justificada”. Para los consultorios ambulatorios, los “pacientes primera vez” eran los únicos a los que se les otorgó turnos. Estos pacientes son aquellos que tuvieron un diagnóstico de VIH recientemente y deben recibir las indicaciones médicas para iniciar el tratamiento antirretroviral.

Para otorgar turnos presenciales en el CePAD, el criterio era la ocurrencia de “exposiciones” al VIH que requieran de profilaxis post-exposición (PEP) (MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, 2019). La PEP consiste en la ingesta de medicamentos antirretrovirales por parte de una persona que sin tener diagnóstico de VIH podría haber adquirido la infección a partir de una relación sexual sin preservativo, la rotura de este o un accidente cortopunzante. La eficacia del PEP para prevenir la transmisión del virus radica en su ingesta dentro de las 72 horas de la ocurrencia de esta exposición. A través de una evaluación del relato del paciente, se determina el nivel de exposición. En ocasión de la reunión del 24 de junio, Miguel indicaba a Leticia, personal administrativo de la secretaría, que “si la consulta puede esperar, que [el paciente] no venga” estableciendo determinados escenarios en los cuales está “justificada” una prueba de VIH.

Leticia: ¿Con los testeos como seguimos? Cuando me escriben por turno para un testeo, yo les pregunto si es por control o por accidente. Muchos refieren fechas fuera del protocolo para PEP.

Miguel: No es lo ideal que anden circulando por el contexto actual de Covid-19. Si la consulta puede esperar, que no venga. Hoy una prueba está solo justificada en caso de abuso, accidente o lesiones y que se pueda dar PEP.

Esta oferta diagnóstica deja de tener como finalidad la detección del virus y el inicio “temprano” del tratamiento antirretroviral (ONUSIDA, 2021). En cambio, este ordenamiento de las rutinas médicas privilegia el acceso a los testeos por parte de los sujetos considerados como expuestos al virus para intervenir en la prevención de la transmisión. La eficacia del diagnóstico aquí es asociada únicamente a las posibilidades de llevar a cabo acciones preventivas como la profilaxis post-exposición,

EL “HOSPITAL COVID”

Frecuentemente evidenció ciertas preocupaciones de los integrantes del servicio por la organización hospitalaria generada en el marco de la epidemia de Covid-19. A partir de su trayectoria profesional de más de 30 años en el hospital, Miguel reconoce que la institución “se transformó en un hospital Covid que no hace otra cosa

4 Todos los nombres han sido reemplazados para preservar la identidad de los actores.



que la atención a este virus” (entrevista del 14/08/2020). Durante la reunión del 22 de julio de 2020, se refirió a los efectos de esta reorganización en el estado de salud de los pacientes que acuden a su servicio: “todo lo que es consultas ambulatorias está relegado en todos los hospitales. Esto va a generar problemas serios en nuestros pacientes”. Sabrina, médica contratada, alertó durante otro encuentro sobre los “daños colaterales del Covid” y los “problemas irresolubles” de la pandemia.

Hay que atacar los daños colaterales del Covid porque a los consultorios vienen los pacientes con problemas irresolubles que fueron deteriorándose durante la pandemia. (Sabrina en reunión del 23/12/2020).

Durante el año 2020, los estudios específicos para pacientes con VIH se interrumpieron ya que en el laboratorio de biología molecular del hospital se priorizó la utilización de equipamiento tecnológico para el procesamiento de las muestras para el diagnóstico de Covid-19. La medición del virus en sangre (carga viral) y el conteo de las células involucradas en la respuesta inmunológica del organismo (linfocitos CD4) son estudios necesarios en las rutinas médicas de las personas que viven con VIH para determinar el estado de la infección en el cuerpo, diagnosticar posibles enfermedades marcadoras de la etapa Sida e indicar un tratamiento (MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, 2021B). En la reunión del 15 de julio de 2020, Miguel anunciaba al equipo que estaban evaluando derivar las muestras de los pacientes internados y ambulatorios a los laboratorios de otros hospitales ya que “no parece razonable seguir admitiendo que los pacientes no puedan controlarse”.

El aumento de pacientes internados con Covid-19 produjo que “casi todas las salas que antes no eran Covid, ahora lo eran” (Mabel, médica concurrente, durante reunión del 26/08/2020). Asimismo, se generó un “embudo porque las salas de sospechosos desbordaron de pacientes a la espera de sus resultados” (Jorge, médico contratado, en reunión del 23/12/2020). La alta demanda de procesamiento de muestras generaba demora en la entrega de los resultados. Los pacientes internados no eran tratados y/o derivados a otra sala hasta no contar con los resultados de la PCR para Covid-19. Esta situación alentaba la transmisión intrahospitalaria de este virus entre los pacientes internados a la espera de sus resultados.

Las infecciones intrahospitalarias por Covid-19 en la terapia intensiva fueron motivo de debate entre los médicos del servicio de VIH ya que pacientes con este virus se internaron en estas salas. Durante la reunión del 29 de abril de 2020, Miguel se refirió a que la división de los espacios entre pacientes con y sin diagnóstico de Covid-19 en la sala de internación favorecía la transmisión de este virus.

Miguel: ¿Qué significa sacar a un paciente del aislamiento en terapia? No hay realmente un aislamiento en la terapia. Simplemente los mueven de



lugar dentro de un mismo ambiente ventilado. Nadie está aislado.
Jorge: Exactamente. Es una única unidad intercomunicada. (Reunión del 29/04/2020).

En la misma reunión, Sabrina planteaba las dificultades de realizar ciertas intervenciones médicas en los pacientes de la terapia intensiva. Algunos aparatos, como los empleados para hacer control de imágenes, quedaron en desuso ya que no se podía garantizar su “desinfección”.

Aun teniendo un ecógrafo destinado para la terapia, no lo usan porque los médicos de la sala dicen que no tienen elementos para la desinfección de los aparatos. Entonces, no se puede hacer control de imágenes de los pacientes de la terapia. (Sabrina en reunión del 29/04/2020).

Estos testimonios destacan cómo la reorganización hospitalaria a favor de evitar nuevos contagios de Covid-19 introduce implicancias para las rutinas médico-institucionales (SINGER et.al, 2017) al privilegiar intervenciones sobre determinados padecimientos en detrimento de otros. A continuación, propongo mostrar cómo los trabajadores del servicio navegan con sus experticias y saberes por los caminos sinuosos e inciertos que caracteriza a las rutinas hospitalarias para la atención del VIH en este periodo. A partir de los relatos tomados de las reuniones semanales, reconstruyo los casos de dos pacientes con VIH que estuvieron internados en el hospital durante 2020.

En primer lugar, presento el caso de Roberto (60 años) mostrando las discusiones y esfuerzos por prescribir una acción terapéutica cuando la experticia clínica de estos médicos pone en duda los resultados arrojados por intervenciones de técnicas para establecer un diagnóstico de Covid-19. En segundo lugar, analizo los intercambios y relatos de estos médicos en torno a la paciente Jimena (35 años), dando énfasis a las discusiones que se suscitan para proveer un proyecto terapéutico en un contexto en el cual las restricciones impuestas por las medidas de control de la transmisión intrahospitalaria de la Covid-19 impiden tener contacto directo con pacientes internados con este virus.

Roberto

En la reunión del 29 de abril de 2020, Jorge presentaba el caso de Roberto con diagnóstico de VIH en el año 2006. Se trata de un “paciente bastante adherente al tratamiento” (Jorge) que en su último control realizado en el año 2019 “tuvo una carga viral indetectable”. La “indetectabilidad” del virus se considera uno de los indicadores de la eficacia del tratamiento (ONUSIDA, 2018). Esto implica no solo una reducción de las probabilidades de su transmisión en relaciones sexuales sin preser-



vativo, sino también la reconstrucción del aparato inmunológico.

Roberto ingresa el 18 de abril por la guardia de urgencias del hospital con un cuadro de “neumonía aguda” (Jorge). Los médicos de este sector le realizaron una serie de estudios clínicos. En la radiografía de tórax identificaron la presencia de “insuficiencia respiratoria aguda” e “infiltrados pulmonares”. Estos síntomas, compatibles con una infección por Covid-19, alentaron la realización de un hisopado que resultó negativo. Roberto fue transferido a una sala de terapia intensiva de pacientes sin Covid-19 para recibir asistencia respiratoria mecánica (ARM).

Al evidenciar que el paciente continuaba con insuficiencia respiratoria durante los días siguientes, los médicos de la terapia consideraron realizar un nuevo hisopado para Covid-19. Al igual que la primera prueba, este resultado fue negativo. En la reunión del 29 de abril, Sabrina puso en duda estos resultados al reforzar el hecho de que podía tratarse de una infección por Covid-19 y no de una consecuencia del avance del VIH en el cuerpo de Roberto. Desde su experiencia, ni la neumonía ni el infiltrado pulmonar podían haber sido causadas por el VIH ya que el paciente “venía tomando el tratamiento”. Insistió, entonces, con la importancia de “determinar efectivamente que el paciente no tenga Covid”. “¿Por qué un paciente hace semejante cuadro si en teoría venía tomando el tratamiento?” (Sabrina en reunión del 29/04/2020). La diagnosis conlleva la agrupación de “piezas para formular una explicación válida de los signos y síntomas de la enfermedad” (SINGER, 2004). En las personas con un sistema inmunitario afectado por el VIH, la neumonía se presenta como una de las infecciones más comunes. Tras conversar con el jefe de la sala de terapia intensiva, él sostuvo que los infiltrados eran consecuencia de “cualquier enfermedad avanzada” y no del Covid-19. Por su conocimiento de la historia clínica del paciente, Sabrina descartó que sea producido por enfermedad marcador de la etapa Sida ya que el paciente “toma la medicación”.

Yo hablé con el jefe de la sala de terapia. Adjudicaron que los infiltrados pueden ser una etiología de cualquier enfermedad avanzada. Nosotros le dijimos que este paciente toma la medicación (Sabrina en reunión del 29/04/2020).

Al igual que Sabrina, Jorge sostuvo que la neumonía es solo una consecuencia “si el paciente está sin tratamiento”. Ante la dificultad de establecer un diagnóstico clínico, sugirió a los médicos de la terapia realizar una tercera prueba de PCR a partir de “muestras respiratorias bajas”. Esta intervención implica la introducción de un tubo delgado a través de la nariz o boca hasta los pulmones para la obtención de muestras. Se trata de una de las recomendaciones para establecer un diagnóstico de Covid-19 en pacientes con asistencia respiratoria mecánica cuando se considera que



las pruebas virológicas anteriores no han sido concluyentes (OPS, 2020).

Sin embargo, los médicos de la sala de terapia manifestaron no contar con los instrumentos para tomar estas muestras. Jorge exponía en la reunión del 29 de abril que la dificultad para obtener un diagnóstico certero para Covid-19 generaba dos “situaciones peligrosas”. Por un lado, para el paciente, ya que no era posible “indicar un tratamiento” sin diagnóstico. Por otro lado, para los trabajadores de la salud y el resto de los internados en el área de la terapia sin Covid-19 que podrían contagiarse de este virus.

Se plantean situaciones peligrosas. En lo individual, es peligroso no tener diagnóstico del paciente para indicar un tratamiento. En lo epidemiológico, es peligroso no poder aislar al paciente en la sala de Covid-19. (Jorge en reunión del 29/04/2020).

Ante la falta de un diagnóstico que oriente una indicación clínica, Jorge sugirió iniciarle a Roberto un “tratamiento empírico” para la neumonía. Esta modalidad de prescripción es empleada para el control de las infecciones e implica la administración de fármacos cuando no se dispone de un diagnóstico o cuando la urgencia del caso requiere uno confirmado pero orientado a partir de la sospecha clínica (OPS, 2022). El tratamiento empírico se sustenta en la experticia clínica para establecer un diagnóstico en detrimento de otros regímenes de verdad como se trata de la evidencia por pruebas técnicas (LAMBERT, 2009). En la reunión, Jorge informaba que su decisión se basa en que la infección por Covid-19 era el diagnóstico “más probable”. “Lo más probable es que este paciente tenga Covid-19. Vamos a darle tratamiento empírico para la neumonía” (Jorge en reunión del 29/04/2020).

Roberto mostró una mejoría clínica de la neumonía a partir del tratamiento empírico y fue transferido a la sala de clínica médica para luego ser dado de alta del hospital. Los testimonios de los médicos sobre este caso contextualizan un escenario en el cual la sospecha clínica desafía los resultados arrojados por las intervenciones diagnósticas del Covid-19, cuya legitimidad está dada por una supuesta efectividad y baja probabilidad de error.

Las dudas sobre los resultados de las pruebas diagnósticas devinieron inicialmente en demandas de intervenciones diagnósticas más invasivas para el paciente que, por falta de los instrumentos, no fue posible realizar. En esta incertidumbre diagnóstica, Jorge y Sabrina reivindican su saber sobre el comportamiento del VIH y los efectos en el cuerpo de los pacientes que se encuentran con carga viral indetectable.



Jimena

Jimena obtuvo su diagnóstico de VIH en 2018 en el hospital y ocasionalmente concurría a retirar la medicación y a consultas ambulatorias para el seguimiento de su tratamiento. En la reunión del 20 de julio de 2020, Mabel comentaba que esa semana Jimena acudió a la guardia con un “deterioro progresivo del estado general y manifestando tener diarrea y descenso de peso desde el último mes” (Mabel). Los médicos de la guardia procedieron a realizarle una prueba de PCR para Covid-19 que resultó positiva. Jimena fue internada en una sala del departamento de clínica médica para pacientes con diagnóstico de Covid-19.

Los médicos de la sala de clínica médica le realizaron una serie de estudios clínicos y de imágenes para avanzar en un diagnóstico de la situación de la paciente. En la biomedicina, las técnicas de imágenes proveen de “un poderoso sentido de autoridad a la realidad biológica” (GOOD, 1996). De esta manera, en la radiografía de tórax “observaron una neumonía” en el tracto respiratorio (Mabel), pero sin evidencia clínica de “insuficiencia respiratoria”. También le realizaron una tomografía alegando que Jimena manifestó tener “cefalea y algo de desorientación” en la guardia. En la revisión ocular, identificaron una “disminución de la huella visual”.

Cuando fueron notificados sobre el ingreso de esta paciente, los médicos del servicio de VIH acordaron “descartar que tenga alguna enfermedad oportunista” de la etapa Sida (Mabel). Al revisar la historia clínica de Jimena, Mabel corroboró que “no se seguía y tomaba interrumidamente el tratamiento antirretroviral”. Indicaron a los médicos de clínica médica extraer muestras de sangre para la realización de estudios de carga viral y CD4, pero esta intervención no pudo ser llevada a cabo ya que Jimena “no se dejaba sacarse sangre” (Mabel).

La reducción de la “huella visual” fue interpretada por Mabel como un posible indicador de citomegalovirus (CMV), una infección de la retina del ojo que potencialmente puede desembocar en pérdida de la visión. El CMV es considerada una enfermedad oportunista de la etapa Sida. Entonces, Mabel sugirió realizar un fondo de ojo, una intervención que permite detectar la retinitis ocular producidas por este virus. Sin embargo, los médicos de clínica médica informaron que no podrían llevar a cabo esta práctica ya que no había “forma de protegerse del Covid-19”. En la reunión del 29 de julio, Mabel sugirió entonces administrar “tratamiento empírico” a la paciente.

Los médicos de la sala dijeron que el fondo de ojo no lo van a poder hacer porque no hay forma de protegerse del Covid-19, inclusive usando antiparras y máscaras. Entonces sugiero darle tratamiento empírico para CMV (Mabel en reunión del 20/07/2020).



Frente a la sugerencia de Mabel, Miguel expuso la dificultad de contar con toda la información necesaria para establecer un diagnóstico debido a que la paciente se encuentra aislada y los médicos del servicio de VIH no podían tener un trato presencial con ella. En este sentido, el jefe del servicio puso en duda “el relato” de los trabajadores de la sala de clínica médica alegando la posible existencia de “cortocircuitos” en la comunicación.

No podemos tomar todo como cierto. Son demasiadas cosas que no sabemos bien por el aislamiento de los pacientes. Todo es a través del relato de un tercero y puede haber mucho cortocircuito. (Miguel en reunión del 20/07/2020).

Las salas para pacientes contagiados de Covid-19 se configuran como espacios protegidos, inclusive del mismo personal del hospital. Bajo el argumento de controlar la transmisión del virus, en el hospital se habilita la segregación y creación de espacios como estrategia institucional para gestionar las relaciones entre el personal hospitalario y el enfermo (COMELLES, 2000). El acceso al relato del paciente por parte de los médicos del servicio es únicamente a través de aquellos médicos con permiso para circular por estas salas.

Miguel consultó el motivo por el cuál la paciente no permitía la extracción de sangre sugiriendo que, con los resultados de los estudios de carga viral del VIH y CD4, “sería más fácil” determinar un diagnóstico. Niveles elevados del primero y bajos del segundo son indicadores de una infección avanzada por VIH (MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, 2018) y, por ende, una mayor posibilidad de tener una enfermedad oportunista como el CMV. Propuso establecer un contacto de “forma telefónica” con la paciente.

Con los resultados de los CD4 y la carga viral sería más fácil saber si se trata del citomegalovirus. Hay que valorar un poco mejor lo que le pasa a la paciente hablando con ella y ver si le podemos extraer una muestra de sangre. Completemos la evaluación de forma telefónica. (Miguel en reunión del 20/07/2020).

La sugerencia de Miguel priorizó una valorización de la relación personal entre médicos y pacientes para el desarrollo de las prácticas clínicas y rutinas de atención. El establecimiento de un vínculo más próximo se presenta aquí como una estrategia para comprender los motivos por los cuales Jimena no aceptaba realizarse una extracción de sangre.

En la reunión de la semana siguiente, Mabel informa que, a partir de su contacto telefónico, los médicos de clínica médica pudieron tomarle una muestra de sangre. Únicamente se efectuó el conteo de CD4 ya que la carga viral involucraba el mismo equipamiento utilizado para procesar las muestras de Covid-19. Los CD4 “llegaron



muy bajo” informó Mabel. Asimismo, los médicos de la sala efectuaron un “fondo de ojo” de una manera que Mabel desconoce. Este estudio descartó la posibilidad de un citomegalovirus.

Los CD4 llegaron muy bajos y la paciente seguía con Covid-19 positivo. Igualmente, los residentes de la sala le hicieron un fondo de ojo, pero no me explicaron bien como. Le encontraron unas lesiones oculares que no eran compatibles con CMV. (Mabel en reunión del 27/07/2020).

Al día siguiente, en el marco de otra reunión, Mabel informa que Jimena había fallecido producto de la neumonía que había sido el motivo inicial de su internación. La infección había avanzado y generó un shock séptico en todo el cuerpo. Este implica alteraciones en el sistema circulatorio, como la presión baja o hipotensión⁵. Miguel sugirió conversar con la clínica médica para determinar cómo notificar esta defunción ya que, si bien la paciente presentaba un diagnóstico confirmado de Covid-19, la supuesta “mala adherencia” al tratamiento antirretroviral podía indicar que la neumonía pudo ser producida por una evolución avanzada del VIH en su cuerpo.

Mabel: La paciente evolucionó negativamente producto de la neumonía y falleció esta semana. Avanzó con hipotensión y se interpretó como un shock séptico.

Miguel: Hay que notificar la muerte de esta paciente. Ella tenía mala adherencia. Tenemos que conversar con clínica médica como cargamos este evento en el SISA, si como VIH o como Covid-19. (reunión del 28/07/2020).

“Evolucionar” significa introducir una actualización en la historia clínica del paciente. Más que un mero registro, la historia clínica es “un medio de construcción de una persona como paciente, un documento y un proyecto” (GOOD, 1996). La inquietud de Miguel sobre cómo notificar el fallecimiento de Jimena refiere a la centralidad que adquiere la escritura en el ejercicio clínico. Escribir implica, en este caso, registrar una muerte y asociarla a una única etiología.

Por un lado, los bajos niveles de CD4 y el conocimiento de que la paciente no mantenía una ingesta constante de los antirretrovirales eran indicadores para estos médicos de que la neumonía podría tratarse de una infección oportunista de la etapa Sida. Por otro lado, el diagnóstico de Covid-19 sugería que este virus podía haber sido el causante de la infección. La vacilación entre estas dos posibilidades pone de manifiesto el carácter biologicista de la construcción médica de la enfermedad en detrimento de perspectivas que contemplan los universos sociales de los pacientes (SINGER, 2004). Los diagnósticos biomédicos son orientados por una conceptuali-

5 Página web de la Organización Panamericana de la Salud visitada el 16/01/2022. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14278:sepsis-general-information&Itemid=72260&lang=es#:~:text=El%20choque%20s%C3%A9ptico%20es%20un,sufren%20un%20episodio%20de%20sepsis.



zación de las enfermedades como entidades distintivas, discretas y separadas que existen dentro de los cuerpos humanos individuales.

La muerte de Jimena se registró como asociada a los efectos del Covid-19, ya que no se contaba con la carga viral de la paciente, indicador de la presencia efectiva del virus en la sangre de la paciente. Entre la experticia clínica de los trabajadores del servicio y las pruebas diagnósticas para establecer una etiología que pudiera orientar un tratamiento, Jimena fallece. Sin embargo, el registro de su fallecimiento atribuido al Covid-19 termina ocultando las incertidumbres y disputas no resueltas sobre las intervenciones técnicas y los criterios de diagnóstico que tuvieron lugar mientras ella estaba internada.

Las rutinas de registro de la causa de muerte exponen como la producción de este dato oculta no solo las condiciones de vida de Jimena, sino que también se ven imposibilitadas de contemplar la posibilidad de que dos infecciones entrelazadas agraven mutuamente la situación de la paciente. En estos sistemas de registros se privilegia una mirada centrada en las etiologías en tanto entidades biológicamente aisladas que habitan los cuerpos, pero no se entrelazan entre sí (SINGER et al., 2017).

CONSIDERACIONES FINALES

En este artículo recuperé los testimonios y discusiones de trabajadores de la salud de un servicio hospitalario público de la ciudad de Buenos Aires, procurando destacar los sentidos en torno a la reorganización hospitalaria a partir de la emergencia sanitaria por el Covid-19 y las estrategias desplegadas en las rutinas médico-institucionales del VIH-Sida. Al centrarme en las rutinas médicas, procuré explorar una modalidad por la cual interactúan dos padecimientos en la organización hospitalaria y los “efectos sinérgicos” de esta convergencia para la oferta de prestaciones y las intervenciones médicas (SINGER et.al, 2017).

En el servicio de VIH, las restricciones a la atención presencial en los hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires devinieron en el establecimiento de “filtros” (Miguel) para priorizar a algunos los pacientes. Aquellos con diagnóstico reciente de VIH fueron considerados prioritarios para la atención en los consultorios. No obstante, médicas como Sabrina reconocen los “daños colaterales” y los “problemas irresolubles” que conlleva esta reorganización de la atención para el resto de los pacientes que se atienden por los consultorios ambulatorios.

En el CePAD, se privilegió el otorgamiento de turnos a aquellos casos en los que era posible prescribir la profilaxis post-exposición (PEP) en detrimento de otros pacientes que, desde la mirada de estos trabajadores, podían “esperar” (Miguel) a



que mejorase la situación sanitaria evitando exponerse al Covid-19 al circular por el hospital. Esta reorganización de las rutinas de acceso a los testeos implicó una redefinición de los objetos de intervención médica del CePAD. La oferta diagnóstica fue asociada a la posibilidad de llevar a cabo intervenciones para evitar nuevas infecciones en lugar de aquellas orientadas al inicio de los tratamientos de personas con VIH.

Las pruebas diagnósticas y los exámenes de rutina de VIH se vieron afectadas no solo por las restricciones a la circulación dentro del hospital, sino también por el hecho de que los insumos y el equipamiento del laboratorio estaban destinados a satisfacer las demandas de detección de casos de Covid-19. Asimismo, la realización de otras intervenciones, como un control de imágenes o un fondo de ojo fueron interrumpidas por la imposibilidad de garantizar la desinfección de los aparatos y, así, de evitar potenciales transmisiones del Covid-19.

En este escenario hospitalario, se desarrollan las rutinas médico-técnicas sobre los cuerpos de las personas con VIH internados en el hospital. Para la atención a estos pacientes, los trabajadores del servicio despliegan negociaciones con otros servicios del hospital y valorizan sus saberes y experticia clínica para la evaluación de los pacientes y la indicación de tratamientos cuando no era posible establecer un diagnóstico a través de pruebas diagnósticas.

El caso de Roberto expone cómo en este escenario el poder de las tecnologías puede ser fragilizado frente a la experticia clínica de médicos. Sabrina y Jorge ponen en duda los resultados negativos de los primeros exámenes de Covid-19 realizados a este paciente ya que implicaban tomar a la neumonía como una posible infección producida por el avance de la infección por VIH. No obstante, el saber médico sobre los efectos de los tratamientos antirretrovirales en el cuerpo de las personas afectadas conduce a estos trabajadores de la salud a descartar o, al menos, a no considerar la posibilidad de que la neumonía fuera causada por una etapa avanzada del VIH.

El caso de Jimena subraya las discusiones en torno a las rutinas médicas del VIH que toman lugar cuando no es posible establecer un contacto físico directo con la paciente debido a que, por su diagnóstico de Covid-19, permanece en una sala de internación aislada. Frente a esta situación, el “contacto telefónico” con la paciente se presenta como una estrategia desplegada para establecer un vínculo más próximo. La relación personal con los afectados adquiere centralidad en los testimonios de los trabajadores del servicio, al momento de realizar una evaluación clínica. El reporte epidemiológico que asocia su fallecimiento a una única etiología termina por ocultar todas las estrategias, las incertidumbres y las búsquedas diagnósticas de estos trabajadores de la salud.

Este sistema de registro invisibiliza la posibilidad de comprender el entrelaza-



miento de dos infecciones en el cuerpo de los pacientes y el posterior agravamiento de las condiciones de salud. Asimismo, reduce aún más la información que fue tomada para la formulación de los pacientes como casos médicos. Se excluye todo aquello que procuró contribuir inicialmente al establecimiento de diagnósticos y a la decisión terapéutica.



REFERENCIAS

ARGENTINA. **Ley N°23.798 de 16 de agosto de 1990. Declárase de interés nacional a la lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.** Ciudad de Buenos Aires: Senado y Cámara de Diputados de la Nación. 1990.

ASPIAZU, Eliana Laura. Heterogeneidad y desigualdades de género en el sector Salud: entre las estadísticas y las percepciones sobre las condiciones de trabajo. En **Revista Pilquen**, Viedma: Universidad Nacional del Comahue, Vol n°16. 2016. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3475/347544730004.pdf>

BRAKSMAJER, Amy; LONDON, Andrew. 'It's history in the making all around us': examining COVID-19 through the lenses of HIV and epidemic history. En **Culture, Health & Sexuality**, v° 23, Issue °11. 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13691058.2021.1933184>

BULLED, Nicola; SINGER, Merrill. In the shadow of HIV & TB: A commentary on the COVID epidemic in South Africa. En **Global Public Health**, online, v° 15, Issue 8. 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1775275>

CENTRÁNGOLO, Oscar. Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. En **Revista de Economía Política de Buenos Aires**, Buenos Aires, vol.13. 2014. Disponible en: <http://157.92.136.232/index.php/REP-BA/article/view/785>

COMELLES, Joseph María. Tecnología, cultura y sociabilidad. Los límites culturales del hospital contemporáneo, en Prediguero, Enrique; Comelles, Joseph (editores). **Medicina y cultura. Estudios entre la Medicina y la Antropología.** Barcelona. Ediciones Bellaterra. 2000.

DURAN, Adriana; BLOCH, Claudio. Respuesta al VIH/SIDA en Argentina. En **Revista Argentina de Salud Pública**, Buenos Aires, v°1, n°1. 2009. Disponible en: <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/464/394>

García, María Guadalupe. A 20 años de la publicación de 'Candidaturas y VIH-Sida: tensiones en los procesos de atención'. En **Publicar en Antropología y Ciencias Sociales**, Buenos Aires, n°29, pp 105-113. ISSN 0327-6627. 2020.

GARCÍA-IGLESIAS, Jaime; LEDIN, Chase. 'Who cares if you're poz right now?': Barebackers, HIV and COVID-19. En **Sociology of Health & Illness**, online, v°3, n° 9. 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13369>

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. **Movimiento hospitalario.** 2017.

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. **Resolución N°781/2020.** Ciudad de Buenos Aires. 2020a. Disponible en: <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativa-ba/norma/512950>

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. **Resolución N° 998/2020.** 2020b. Disponible en: <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/515530>

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. **Resolución N° 144/2020.** 2020c. Disponible en: <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/513247>



GOOD, Byron Joseph. How medicine constructs its objects. En **Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective**. Cambridge. Cambridge University Press. 1996.

LAMBERT, Helen. Evidentiary truths? The evidence of anthropology through the anthropology of medical evidence. En **Anthropology Today**, 25 (1). 2009. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8322.2009.00642.x>

LEDIN, Chase; WEIL, Benjamin. 'Test Now, Stop HIV': COVID-19 and the idealisation of quarantine as the 'end of HIV'. En **Culture, Health & Sexuality**, online, v° 23, Issue °11. 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13691058.2021.1906953>

LEY BÁSICA DE SALUD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. 1999. Disponible en: https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/ley_basica_de_salud__153.pdf

MARGULIES, Susana. "Candidaturas" y VIH-SIDA: Tensiones en los procesos de atención. En Cuadernos Médico-Sociales, n°4. 1998.

MARGULIES, Susana; BARBER, Nélica; RECODER, María Laura. VIH-SIDA y adherencia al tratamiento. Enfoques y perspectivas. En **Antípoda: Revista de Antropología y Arqueología**, Bogotá: Universidad de Los Andes, n° 3, pp 281-300. 2006. Disponible en: <https://doi.org/10.7440/antipoda3.2006.11>.

MORRIS, Max. The politics of testing positive: an autoethnography of media (mis) representations at the 'start' and 'end' of different pandemics. En **Culture, Health & Sexuality**, online, v° 23, Issue °11. 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13691058.2021.1930172>

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. **Guía práctica para la atención integral de personas adultas con VIH en el primer nivel de atención**. Ciudad de Buenos Aires. 2018.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. **Profilaxis Post Exposición para el VIH en personas adultas**. Ciudad de Buenos Aires. 2019.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. **Respuesta al VIH y las ITS en Argentina**. Ciudad de Buenos Aires. 2021a. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletín-ndeg-38-respuesta-al-vih-y-las-its-en-la-argentina>.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. **Recomendaciones para el inicio del tratamiento antirretroviral en adultos con infección por VIH-1**. Ciudad de Buenos Aires. 2021b. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-08/recomendaciones-para-el-inicio-del-tratamiento-antirretroviral-en-adultos-con-infeccion-por-VIH-1.pdf>

OMS. **Antiretroviral Treatment as Prevention (TasP) of HIV and TB**. Ginebra. 2012. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70904/WHO_HIV_2012.12_eng.pdf?sequence=1

OMS. **Pruebas diagnósticas para el SARS-CoV-2**. Ginebra. 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335830/WHO-2019-nCoV-laboratory-2020.6-spa.pdf>

ONUSIDA. **Undetectable=Untransmittable**. Ginebra. 2018. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/undetectable-untransmittable_en.pdf



ONUSIDA. **Un nuevo compromiso mundial busca acabar con todas las desigualdades a las que se enfrentan las comunidades y las personas afectadas por el VIH para poner fin al SIDA.** 2021. Disponible en: http://onusidalac.org/1/images/2021_06_08_AdopcionDeLaDeclaracionPolitica2021_PR3.pdf

OPS. **Guía para el cuidado crítico de pacientes adultos graves con coronavirus (COVID-19) en las Américas.** Washington D.C. 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/col/dmdocuments/documentos-2020/covid-19/Guias%20COVID-19%20cuidado%20critico%20abril%202020%20abril%20version%20larga%20V1.pdf>

OPS. **Tratamiento de las enfermedades infecciosas. Octava edición.** Washington D.C. 2022. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51695/9789275321133_spa.pdf?sequence=9

PODER EJECUTIVO NACIONAL. **Decreto de Necesidad y Urgencia 260/2020.** Buenos Aires. 2020A. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/335000339999/335423/texact.htm>

PODER EJECUTIVO NACIONAL. **Decreto de Necesidad y Urgencia 297/2020.** Buenos Aires. 2020B. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primeira/227042/20200320>

PNUD. **El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros.** Buenos Aires. 2011.

REMORINI, Carolina; TEVES, Laura; PASARIN, Lorena; CASTRO, Mora. Expresiones locales de la sindemia COVID-19: estrategias de los trabajadores de salud en Argentina. En Cuadernos Médico Sociales, vol°6, N°3. 2021. Disponible en: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/147194/CONICET_Digital_Nro.5c573de4-4665-4078-992a-5f9e9dac362d_B.pdf?sequence=5&isAllowed=y

SINGER, Merrill. The social origins and expressions of illness. En **British Medical Bulletin**, 69: 9–19. 2004.

SINGER, Merrill; BULLED, Nicola; OSTRACH, Bayla; MENDENHALL, Emily. Syndemics and the biosocial conception of health. En **The Lancet.**, v.389, pp 941-950. 2017. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X)

TRIRATNAWATI, Atik. Ketahanan Keluarga Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) di Masa Pandemi COVID-19: Studi Kasus di Daerah Istimewa Yogyakarta. En **Jurnal Antropologi Isu-Isu Sosial Budaya**. 2021. Disponible en: <http://jurnalantropologi.fisip.unand.ac.id/index.php/jantro/article/view/595/169>

ZHOU, Amy. Limits of neoliberalism: HIV, COVID-19, and the importance of healthcare systems in Malawi. **Global Public Health**, 16:8-9, 1346-1363. 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1940237>

Recebido em: 31/03/2022

Aceito para publicação em: 31/07/2022

