



EL ACCESO A LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN PERSONAS HOMOSEXUALES/GAY, BISEXUALES Y TRANS: UNA APROXIMACIÓN DESDE LOS EQUIPOS DE SALUD

CONDICIONES DE
VULNERABILIDAD AL
VIH-SIDA E ITS
Y PROBLEMAS DE
ACCESO A LA ATENCIÓN
DE LA SALUD EN
PERSONAS
HOMOSEXUALES,
BISEXUALES Y TRANS
EN LA ARGENTINA

**CONDICIONES DE VULNERABILIDAD AL VIH/SIDA E ITS
Y PROBLEMAS DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE LA SALUD
EN PERSONAS HOMOSEXUALES, BISEXUALES Y TRANS EN LA ARGENTINA**

INFORME FINAL, COMPONENTE II: EL TRABAJO DE LOS EQUIPOS DE SALUD

EL ACCESO A LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN PERSONAS HOMOSEXUALES/GAY, BISEXUALES Y TRANS: UNA APROXIMACIÓN DESDE LOS EQUIPOS DE SALUD

DRA. SUSANA MARGULIES

LIC. MATÍAS STIVAL

PROF. MARÍA JULIA NAME

**PROGRAMA DE ANTROPOLOGÍA Y SALUD
INSTITUTO DE CIENCIAS ANTROPOLÓGICAS
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES**

BUENOS AIRES, JULIO DE 2010

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
MATERIAL RECIBIDO.....	4
ACTIVIDADES REALIZADAS.....	5
DESCRIPCIÓN DEL UNIVERSO DE ENTREVISTAS.....	7
Características generales.....	7
Algunos parámetros comparativos.....	8
Las citas de las entrevistas.....	12
CUADRO GENERAL DE LAS ENTREVISTAS.....	13
1. LOS PROCESOS Y TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN DE VIH E ITS.....	26
LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL VIH-SIDA.....	27
Conclusiones.....	61
LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DE LAS ITS.....	64
Conclusiones.....	104
Anexo.....	106
2. LA DISTRIBUCIÓN DE PRESERVATIVOS.....	109
Consideraciones generales.....	136
3. LA ATENCIÓN DE PERSONAS HOMOSEXUALES Y BISEXUALES.....	138
3.1. MODALIDADES DE LA ATENCIÓN DE PACIENTES HOMOSEXUALES Y BISEXUALES.....	139
3.1.1. RASGOS GENERALES DE LA ATENCIÓN.....	139
a. El trato hacia pacientes homosexuales y bisexuales.....	140
b. Comodidad/incomodidad en la consulta y en los procedimientos de la atención ...	150
3.2. LA CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS HOMOSEXUALES Y BISEXUALES.....	156
a. La visibilidad.....	156
b. Comportamientos y rasgos de las personas homosexuales	158
c. Los estereotipos y sus fuentes.....	164
d. Los estereotipos y una crítica posible.....	165
3.3. LA ORIENTACIÓN SEXUAL EN LA ATENCIÓN.....	170

3.3.1. LA ORIENTACIÓN SEXUAL EN LA ATENCIÓN SEGÚN ESPECIALIDAD.....	171
a. Los médicos clínicos, generalistas y de familia.....	171
b. Los médicos dermatólogos.....	175
c. Los médicos urólogos.....	177
d. Los médicos proctólogos.....	178
e. Los médicos infectólogos.....	180
f. Los enfermeros.....	185
Conclusiones.....	188
3.3.2. LA ORIENTACIÓN SEXUAL EN LOS REGISTROS CLÍNICOS.....	189

¡Error! No se encontraron elementos de tabla de contenido.

INTRODUCCIÓN

En este informe se presenta el análisis del material producido por la Dirección de Sida e ETS del Ministerio de Salud de la Nación (DSyETS) para el estudio “Condiciones de vulnerabilidad al VIH/Sida e ITS y problemas de acceso a la atención de la salud en personas homosexuales, bisexuales y trans en la Argentina” correspondiente a personal de salud en 13 efectores públicos del país. El corpus documental lo constituye un total de 233 entrevistas semiestructuradas efectuadas en diferentes localidades del país entre los meses de agosto y octubre de 2009, a cargo de investigadores locales contratados para dicha tarea.

En función de los núcleos de indagación propuestos por la DSyETS, describimos y analizamos las prácticas del personal de salud referidas a la atención de personas homosexuales, bisexuales y trans en los distintos lugares de trabajo. Esta descripción y análisis se ordena según los siguientes ejes:

1. Los procesos y trayectorias de atención de VIH e ITS
 - La atención hospitalaria del VIH/Sida
 - La atención hospitalaria de las ITS
2. La distribución de preservativos
3. La atención de personas homosexuales y bisexuales
 - Las modalidades de la atención
 - Las construcciones valorativas sobre las personas homosexuales y bisexuales
 - La orientación sexual de los pacientes en la atención y en los registros clínicos

Cabe señalar que en función de la complejidad implicada en el trabajo de supervisión y crítica del corpus documental, la calidad dispar del material disponible y la magnitud del mismo en relación con el tiempo estipulado para el trabajo, se efectuó un recorte que implicó:

- Dejar de lado el análisis de las respuestas al bloque G de las guías de pautas sobre personas travestis y trans en lo referido a los principales motivos de consulta, las modalidades de la atención e internación y su identificación en los registros clínicos. De todos modos, se prevé la entrega de un dossier conteniendo el volcado en un archivo Word del procesamiento efectuado sobre estos puntos.
- Dejar de lado el análisis de las respuestas al bloque C de las guías de pautas referido a conocimientos y saberes del personal de salud sobre diversidad sexual. En este bloque se buscó captar las “opiniones” de los entrevistados, induciendo en gran parte las respuestas a partir de los criterios establecidos en los mismos protocolos. Por lo tanto, consideramos que el análisis de estas respuestas requeriría una crítica sustantiva de la fuente y sus contenidos para la construcción de los datos y la previa descripción y análisis de los contextos y los modos de valorizar e interpretar a partir de las condiciones de la práctica.

Este trabajo fue realizado por un subequipo del Programa de Antropología y Salud conformado por la Dra. Susana Margulies, el Lic. Matías Stival y la Prof. María Julia Name, y se contó con la colaboración, en distintas instancias del proceso, del Lic. Juan Sotelo, integrante de la DSyETS.

MATERIAL RECIBIDO

El material que se utilizó para esta parte del informe fue entregado por la DSyETS al equipo del Programa de Antropología y Salud a comienzos de febrero de 2010, y consistió en lo siguiente:

- **233 entrevistas** desgrabadas y transcriptas en formato Word, con sus correspondientes archivos de audio.
- **13 grillas de sistematización** de las entrevistas (una por cada hospital) elaboradas en formato Excel, que incluían: una primera “hoja” conteniendo un listado de categorías de sistematización propuesto por el equipo de la DSyETS a cargo de la investigación; una segunda hoja con la totalidad de las entrevistas de cada hospital codificadas según esas categorías; y una tercera hoja con datos generales de cada entrevista y persona entrevistada.
- **13 informes** (uno por cada hospital) elaborados por los investigadores locales de un promedio de 20 páginas cada uno, que fueron organizados según un esquema previamente indicado por la DSyETS.
- **Registros** de una parte de las entrevistas elaborados por los investigadores locales según pautas que les fueron indicadas previamente.
- **6 guías de pautas** formuladas en función de la profesión o rol del personal de salud entrevistado, que fueron utilizadas por los investigadores locales para la realización de las entrevistas.

Cabe señalar que, dada la necesidad de completar su supervisión, los materiales fueron entregados en sucesivas etapas. Aun después de su entrega fue preciso supervisar adicionalmente algunos archivos y contrastar la información volcada por los investigadores locales en las grillas de sistematización de modo de corregir eventuales errores. Asimismo, se debieron unificar los criterios con que habían sido completadas las grillas de cada hospital a los fines de confeccionar un cuadro general que permitiera visualizar la información de la totalidad del corpus.

Asimismo, y con el objeto de simplificar el manejo de las entrevistas en posteriores etapas, los archivos de las entrevistas fueron renombrados siguiendo un formato estándar que permitiera identificarlos con mayor facilidad. Dicho formato incluyó el nombre de la ciudad, el número de la entrevista y la profesión de cada persona entrevistada. Además, en la primera página de cada archivo se incorporó un encabezado con más información.

Estas tareas de supervisión, integración y unificación iniciales fueron el paso previo al comienzo de las tareas previstas de descripción y análisis.

ACTIVIDADES REALIZADAS

Este informe fue elaborado entre los meses de febrero y junio de 2010. A continuación detallamos los distintos momentos de la investigación:

1° al 15 de febrero de 2010

- Recepción del material recibido y primeras reuniones organizativas.
- Revisión bibliográfica (tarea que se desarrolló a lo largo de toda la investigación).
- Lectura inicial de las entrevistas, los informes y los registros.
- Supervisión y reorganización del material según lo indicado en el apartado anterior.
- Confección del cuadro general preliminar conteniendo la información la totalidad de las entrevistas.

16 al 28 de febrero de 2010

- Evaluación y reformulación de las categorías de procesamiento incluidas en las grillas entregadas por la DSyETS.
- Formulación de los ejes de procesamiento preliminares.

1° al 7 de marzo de 2010

- Confección de la base de datos para el procesamiento de las entrevistas utilizando el programa de procesamiento NVIVO versión 2.0, con apoyo del Mg. Ariel Adaszko, integrante de la DSyETS.
- Conversión de las entrevistas a formato rtf (requerido por el programa de procesamiento) y volcado de las mismas en la base de datos.
- Distribución del material entre los miembros del equipo para dar inicio al procesamiento.

8 al 31 de marzo de 2010

- Primera etapa del procesamiento, que incluyó la codificación de 108 entrevistas (6 efectores) en la base de datos.

1° al 7 de abril de 2010

- Evaluación de la primera etapa y reajuste de las categorías iniciales de procesamiento.
- Presentación de avances parciales a la DSyETS.

8 al 30 de abril de 2010

- Segunda etapa de procesamiento, que incluyó la codificación de las 125 entrevistas faltantes (7 efectores) en la base de datos.

- Inicio del análisis de la codificación de los primeros 6 efectores procesados.

1ro. al 10 de mayo

- Elaboración de las categorías definitivas en función del análisis del procesamiento de la totalidad de las entrevistas.

11 de mayo al 30 de junio

- Análisis en profundidad de contenidos según las categorías definitivas.
- Redefinición de los ejes y estructuración de los diferentes bloques del informe final
- Redacción y presentación de la primera parte del informe final.

1° al 15 de julio

- Redacción e integración del informe final.

DESCRIPCIÓN DEL UNIVERSO DE ENTREVISTAS

Características generales

El universo de estudio para esta parte del informe estuvo compuesto, como se ha dicho, por un total de 233 entrevistas que fueron efectuadas a personal del sistema público de salud en 13 localidades del país. En el cuadro que sigue se presenta el nombre completo de cada hospital, el nombre de la ciudad o localidad en que se sitúa y el nombre abreviado que utilizaremos de aquí en adelante para identificar a cada hospital

Hospital	Ciudad/Localidad	Nombre abreviado
Policlínico Central de San Justo	Localidad de San Justo, Partido de La Matanza, provincia de Buenos Aires	LA MATANZA
Hospital General de Agudos Parmenio T. Piñero	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	CABA
Hospital Zonal General Agudos Prof. Dr. Ramón Carrillo	San Carlos de Bariloche, provincia de Río Negro	BARILOCHE
Hospital G. Rawson	Córdoba, provincia de Córdoba	CÓRDOBA
Hospital Zonal General de Agudos “Mi Pueblo”	Partido de Florencio Varela, provincia de Buenos Aires	FLORENCIO VARELA
Hospital del Centenario	Rosario, provincia de Santa Fe	ROSARIO
Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende	Mar del Plata, provincia de Buenos Aires	MAR DEL PLATA
Hospital Padilla	San Miguel de Tucumán, provincia de Tucumán	TUCUMÁN
Hospital Castro Rendón	Neuquén, provincia de Neuquén	NEUQUÉN
Hospital Municipal Héctor M. Cura	Olavarría, provincia de Buenos Aires	OLAVARRÍA
Hospital Central	Mendoza, provincia de Mendoza	MENDOZA
Hospital del Milagro	Salta, provincia de Salta	SALTA
Hospital Pablo Soria	San Salvador de Jujuy, provincia de Jujuy	JUJUY

En cada hospital se realizó un total de 18 entrevistas, a excepción del Hospital Padilla de Tucumán, en donde se efectuó una menos, es decir, 17. En la mayoría de los efectores, las entrevistas estuvieron a cargo de una única persona, con las excepciones de Hospital General de Agudos Parmenio T. Piñero en Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Hospital Zonal General de Agudos “Mi Pueblo”, de Florencio Varela en donde los investigadores trabajaron en conjunto con un equipo de colaboradores.

En cuanto a la duración de las entrevistas, según los datos consignados en los informes, el tiempo promedio fue de entre 40 y 45 minutos. Así, mientras hubo entrevistas de una duración

cercana a 3 horas, hubo otras que no llegaron a los 20 minutos. Esta disparidad ha impactado en el análisis dado que en algunos casos se profundizó más que en otros, e incluso en ciertas ocasiones no se formuló la totalidad de las preguntas pautadas.

Algunos parámetros comparativos

De los entrevistados según género, casi las dos terceras partes fueron mujeres. Como se observa en gráfico que sigue, 148 de las 233 entrevistas fueron efectuadas a mujeres, representando así el 63,5% del total. Las entrevistas efectuadas a varones suman 84 y representan el 36,1%. Por último, una de las personas entrevistadas se identificó como trans/travesti, lo que representa el 0,4% del total.

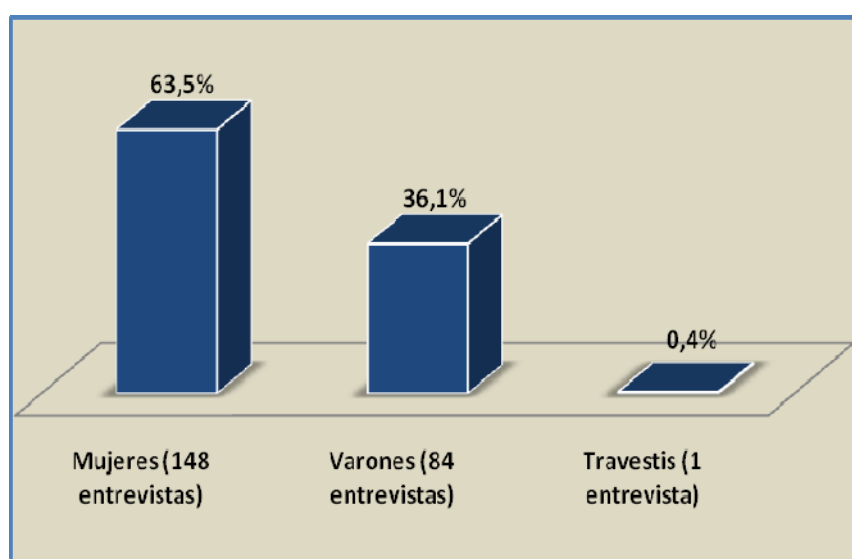


Gráfico N° 1: Distribución de las entrevistas según género

El rango etario del personal de salud entrevistado es bastante amplio. Como se observa en el cuadro que sigue, la edad máxima registrada es de 74 años y la mínima es de 24. En cuanto a las edades promedio según género, se observa que casi no hay diferencias entre varones y mujeres (mujeres: 46, varones: 45, se registra una persona travesti de 54 años).

EDADES SEGÚN GÉNERO			
Género	Edad mínima	Edad máxima	Edad promedio
MUJERES	24	65	46 ¹
VARONES	26	74	45

¹ Este promedio se calculó sobre la base de 147 entrevistas (una menos del total correspondiente a mujeres) ya que carecemos del dato en una de las entrevistas.

Cuadro N° 2: Distribución de edades según género

El personal de salud entrevistado fue seleccionado en función de su inclusión en los siguientes 6 grupos. Para cada uno, la DSyETS elaboró una guía de pautas específica.

- Médicos
- Enfermeros
- Psicólogos
- Trabajadores Sociales
- Personal de laboratorio y farmacia (incluyendo farmacéuticos, bioquímicos y técnicos)
- Personal Administrativo

Estos grupos fueron redefinidos en el proceso de la investigación, según se consigna en el cuadro que sigue.

SIGLA	PROFESIÓN
A	PERSONAL ADMINISTRATIVO
B	BIOQUÍMICO
E	ENFERMEROS (incluye enfermeros y auxiliares de enfermería)
F	FARMACÉUTICO
MC	MÉDICO CLÍNICO (incluye médicos generalistas, clínicos, especialistas en medicina interna, medicina general y medicina de familia, y también médicos sin especialidad)
MCI	MÉDICO CIRUJANO GENERAL
MD	MÉDICO DERMATÓLOGO
MG	MÉDICO GASTROENTERÓLOGO
MH	MÉDICO HEMATÓLOGO/ESPECIALISTA EN HEMOTERAPIA
MI	MÉDICO INFECTÓLOGO
MP	MÉDICO PROCTÓLOGO
MU	MÉDICO URÓLOGO
P	PSICÓLOGO
T	TÉCNICO (incluye técnicos de farmacia y de laboratorio, estadística, instrumentación quirúrgica)
TS	TRABAJADOR SOCIAL
V	VOLUNTARIO/CONSEJERO VIH

Cuadro N° 3: Profesiones u ocupaciones de los entrevistados

En el gráfico N° 2 se presenta la distribución de los entrevistados según profesión u ocupación. Los más numerosos son los médicos, y luego los enfermeros.

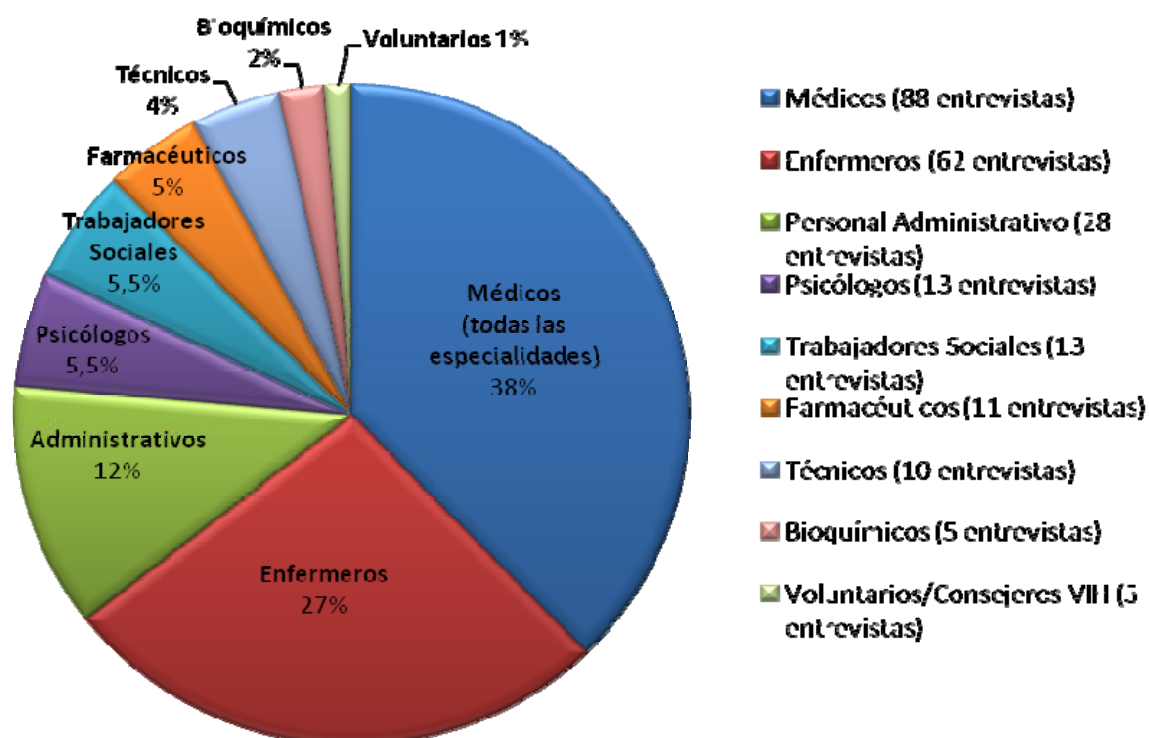


Gráfico N° 2: Distribución de las entrevistas según profesión u ocupación

Los rangos de edad según profesión pueden apreciarse en el cuadro N° 4. Las edades promedio de cada una de las profesiones oscilan entre los 41 y los 49 años, sin identificar grandes diferencias entre unos y otros.

EDADES SEGÚN PROFESIÓN			
Profesión	Edad mínima	Edad máxima	Edad promedio
ADMINISTRATIVOS	26	62	43
BIOQUÍMICOS	36	63	49
ENFERMEROS	27	59	48
FARMACÉUTICOS	32	59	41
MÉDICOS	26	74	45
PSICÓLOGOS	29	60	44

TÉCNICOS	26	54	41
TRABAJADORES SOCIALES	24	64	49
VOLUNTARIOS	40	47	44

En cuanto a las especialidades médicas, la más frecuente es la definida como MC y que incluye a médicos generalistas, clínicos, especialistas en medicina interna, medicina general y medicina de familia. En el gráfico que sigue se identifica el número total de entrevistas por especialidad.

Cuadro N° 4: Edades según profesión

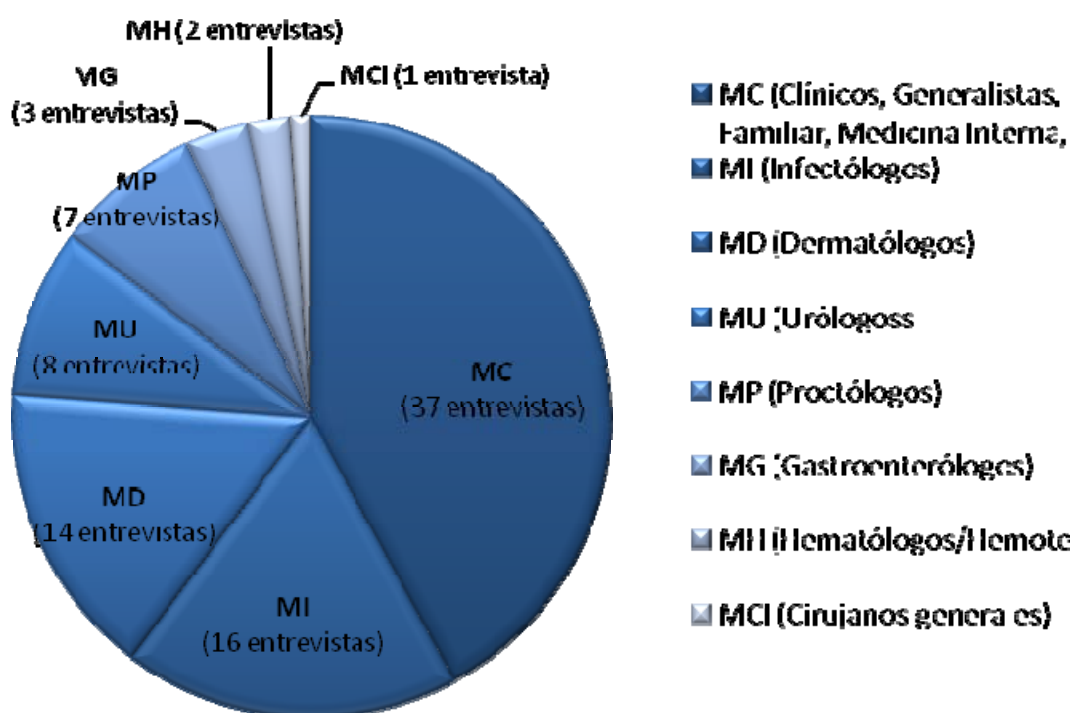


Gráfico N° 3: Médicos según especialidad

Del total de entrevistas que se realizó en cada hospital, entre 6 y 7 fue a médicos. Como se detalla en el cuadro que sigue, la representación de especialidades por hospital es variable. Tomando las especialidades más representadas, cabe señalar que en el HOSPITAL 2, el HOSPITAL 8 y el HOSPITAL 13 no se entrevistó a infectólogo; en el HOSPITAL 9 no se efectuó entrevista a dermatólogo; en el HOSPITAL 4, el HOSPITAL 9, el HOSPITAL 11 y el HOSPITAL 12 no se entrevistó a urólogo; y en el HOSPITAL 1, el HOSPITAL 4, el HOSPITAL 6, el HOSPITAL 9, el HOSPITAL 11 y el HOSPITAL 12 no se entrevistó a proctólogo.

	MC	MCI	MD	MG	MH	MI	MP	MU	Total médicos entrevistados
HOSPITAL 1	3	1	1	-	-	1	-	1	7
HOSPITAL 2	4	-	1	-	-	-	1	1	7
HOSPITAL 3	2	-	1	-	-	2	1	1	7
HOSPITAL 4	2	-	1	1	1	2	-	-	7
HOSPITAL 5	3	-	1	-	-	1	1	1	7
HOSPITAL 6	3	-	1	-	-	2	-	1	7
HOSPITAL 7	2	-	1	-	-	1	1	1	6
HOSPITAL 8	3	-	1	-	-	-	1	1	6
HOSPITAL 9	4	-	-	-	1	2	-	-	7
HOSPITAL 10	2	-	1	-	-	2	1	1	7
HOSPITAL 11	4	-	1	1	-	1	-	-	7
HOSPITAL 12	2	-	2	1	-	2	-	-	7
HOSPITAL 13	3	-	2	-	-	-	1	-	6

Cuadro N° 5: Especialidades médicas por ciudad

Las citas de las entrevistas

Cuando realizamos una cita textual de un extracto de una entrevista, lo hacemos sin colocar comillas e indicamos entre paréntesis al final la sigla que identifica la profesión u ocupación, no colocamos el nombre del hospital al que pertenece el profesional, a los efectos de preservar el anonimato del testimonio. Con la misma finalidad, hemos identificado a cada uno de los efectores estudiados con números que van del HOSPITAL 1 al HOSPITAL 13, sustituyendo así el nombre de la institución estudiada. Cuando en el extracto se omite una parte del texto, se coloca puntos suspensivos entre paréntesis (...). Se coloca entre corchetes palabras o frases agregadas por nosotros o por el desgrabador con el propósito de completar el enunciado. Así, por ejemplo:

Yo, en lo personal, no. (...) O sea, si un paciente es homosexual, bisexual o travesti o lo que fuera, mi conducta no [varía] (...) porque en realidad, el interés que uno pone es clínico, uno no tiene interés en la vida privada (HOSPITAL 13 MI6)

Y... sí, con la mayoría de los médicos, se nota un poco de frialdad. Pero [también] hay quienes se toman su tiempo, hay quienes les atienden unos minutos más de los que el médico requiere, porque el paciente requiere que lo escuchen. Pero son los menos (HOSPITAL 7 E14).

En la sección en que reconstruimos los circuitos de VIH e ITS, dado que lo hacemos por hospital, en el texto sólo indicamos la profesión u ocupación y el número de entrevista entre paréntesis. Por ejemplo: (MC1, MU16, E13).

1. LOS PROCESOS Y TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN DE VIH E ITS

LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL VIH-SIDA

Este punto no fue incluido específicamente en los protocolos de las entrevistas realizadas. Sin embargo, en algunas preguntas se indagó sobre los siguientes ítems: el problema del testeo, el circuito de devolución de los resultados de VIH, algunas características de la atención miradas desde distintos profesionales: médicos, psicólogos, bioquímicos, enfermeros, farmacéuticos y también administrativos y técnicos. El problema de la atención del VIH aparece indagada especialmente en algunas preguntas de los puntos: B1, B3, C6, E. Del mismo modo, hemos incluido consideraciones efectuadas frente a las preguntas sobre la atención de ITS, así como también sobre la atención de pacientes GTB.

En torno de la atención hospitalaria del VIH-Sida, nos centraremos en los siguientes ejes:

- Testeo y entrega de resultados
- Acceso y atención

En algunos casos la información es completa y consistente, en otros no lo es. Por ende esta presentación varía en alcance y profundidad según las condiciones de la investigación efectuada en cada hospital.

Aquí, y en el punto que sigue, se utilizan como fuente los informes finales redactados por los entrevistadores. Estos son de una calidad despareja, en muchos de ellos se incorpora no sólo aquello que fue relevado en las entrevistas, sino que también se incluyen datos provenientes de la observación, de las conversaciones, así como de otros intercambios sostenidos a lo largo de la investigación.

HOSPITAL 1

Según consta en el informe del entrevistador local, desde el año 1993 funciona en el Hospital el Comité de HIV coordinado por una médica infectóloga (MI3). En esta ciudad se entrevistó a los siguientes profesionales involucrados en la atención del VIH-Sida: la administrativa de Infectología (A2), un integrante del servicio de Farmacia (F5), de Laboratorio (B11), de Servicio Social (TS1) y la infectóloga (MI3).

1) TESTEO Y ENTREGA DE RESULTADOS

Los datos relevados dan cuenta de la oferta de testeo en Infectología y Dermatología y también en el consultorio de ITS, en donde se efectúa también consejería:

Está desde el año pasado un consultorio de ITS que atiende dos veces a la semana dos horas, a demanda espontánea entonces ahí se le puede hacer la solicitud del análisis del VIH, ahí también se le da la devolución (HOSPITAL 1 TS1)

Ante resultados no retirados, se expresaron distintas respuestas. Por su parte, la dermatóloga (MD12) señaló que el Laboratorio la notifica de los resultados no retirados y que ella “en general” suele intentar contactarse con los pacientes. Mencionó una modalidad de búsqueda de pacientes que se aplica en ciertas ocasiones en que no cuentan con sus datos personales: efectúan la convocatoria mediante un “llamado por radio”. En sus términos:

Si no vuelve el paciente y el laboratorio a mí me informa que es positivo yo tengo la obligación de llamarlo, de contactarlo para que vuelva al laboratorio a hacer una segunda muestra. Eh en general, cuando se solicita VIH yo por lo menos llevo un cuaderno donde anoto eh, es decir, el barrio, si no tiene calle porque a veces los pacientes acá no te pueden dar preciso los números de la casa, o el teléfono, o no tienen teléfono, anotamos el barrio para que podamos contactarnos con el agente sanitario del barrio. Eso como primera medida y si no, acá en la ciudad a veces se recurre a la llamada por radio, solamente se dice que el paciente fulano de tal se presente en la... de lunes a viernes en el laboratorio. Nada más (HOSPITAL 1 MD12).

Sin embargo la trabajadora social (TS1) reconoció que no se busca a los pacientes:

R: Creo que una también de las cuestiones que fallan hoy por hoy y es que te piden el análisis pero no siempre se entregan los resultados, el paciente no viene o demás, entonces quedamos con que hubo gente que pidió el análisis en determinado momento y no volvió ahí para que se entere del resultado.

P: ¿Y qué hacen?, ¿qué se hace?, ¿se quedan con los resultados en el hospital?

R: Sí (HOSPITAL 1 TS1).

2) ACCESO Y ATENCIÓN

Los problemas vinculados a la asignación de turnos y la accesibilidad de los pacientes están presentes en las respuestas de todos los entrevistados. En distintos tramos se señala que existe un trato preferencial para los pacientes VIH en procura de allanar estos problemas. Así lo afirmaron tanto MI3 como la enfermera que trabaja en el consultorio de ITS (E9):

(...) obstáculo es para la gente en general, para todos, el acceder al hospital. Yo digo tenemos un hospital con una atención muy buena, el tema es llegar (...) los que tienen la ventaja son los pacientes de HIV, que no hacen las colas de las 4 de la mañana para sacar turno, vienen directamente al consultorio (HOSPITAL 1 MI3).

Los pacientes de VIH los ve la Dra. L. y éstos, tengo entendido que sí, que tienen un espacio que no vienen como el resto de los pacientes a tener que sacar un turno, o sea sí hay algo de atención especializada para ellos (HOSPITAL 1 E9).

En Infectología se ha implementado un sistema de turnos según la siguiente modalidad:

(...) decidimos cambiar para reducir la espera de los pacientes y entonces ahora damos turno. Nosotros ahora ofrecemos los turnos se pueden pedir personalmente, por teléfono y por correo electrónico. Y se pueden cambiar también, personalmente, por teléfono y por correo electrónico. Tratamos de que el acceso sea fácil. Más fácil que el de la demanda espontánea (HOSPITAL 1 MI3).

Con relación a los pacientes bajo programa, recientemente se han introducido cambios en la gestión de los trámites que se realizan cada seis meses. Antes los efectuaba el Servicio Social y ahora los llevan a cabo la empleada administrativa o quien se encuentra de guardia en el servicio de Infectología. Según se relató, este cambio fue solicitado por Servicio Social:

(...) lo que es referente a todos los pacientes que están bajo programa [VIH] es bastante administrativo, hacer el informe Social (...) hacerles firmar unas planillas y demás y antes se pedían otros requisitos, si tenía PAMI o no (...) Ahora se lo hace la secretaria de la Dra. L. (...) eso fue lo que estuvimos luchando durante mucho tiempo. Vos tenés que llevar toda una coordinación de intervención y prevención, si el paciente vino o no vino, montones de cosas porque aparte de venir a hacer las extracciones, consulta médica y demás, también tiene que pasar cada 6 meses a actualizar desde lo social esto todo se adjunta y se envía para que siga teniendo la medicación, análisis y demás para seguir bajo programa (...) (HOSPITAL 1 TS1)

Con respecto a los tratamientos, Farmacia tiene un área de entrega “que es exclusivo para ellos” (HOSPITAL 1 E9). A su vez, informa a Infectología sobre aquellos pacientes que no retiran la medicación.

El control de la concurrencia se efectúa por doble vía: por un lado, la administrativa de Infectología llama por teléfono a los pacientes cuando “hace mucho que no lo vemos” (HOSPITAL 1 A2) y elabora un listado que entrega a Farmacia. Por el otro, Farmacia informa “mensualmente a la infectóloga qué pacientes no están viniendo (...) porque no adhirieron a la medicación” (HOSPITAL 1 F5). Se organiza así un sistema por el que se restringe la entrega de medicación con el propósito que se explicita en el extracto siguiente:

(...) no vienen nosotras informamos mensualmente a la infectóloga qué pacientes no están viniendo (...) porque no adhirieron a la medicación (...) es un signo de que algo está pasando (...) los llama [y] nos pone en un listado, no entreguen medicación a fulano de tal que antes pase por infecto. Porque si le entregamos la medicación muchas veces no la va a ver a ella. Entonces como una restricción es, no entreguen medicación que me vea en el consultorio y ella ve qué está pasando (HOSPITAL 1 F5)

Según se planteó, el Laboratorio cuenta con “un día especial” de atención a PVVIH. Es el primer martes de cada mes “para no mezclar” porque tienen “un problema diferente que el resto”. Reproducimos el extracto:

Para el paciente HIV tenemos un día especial que es los primeros martes del mes donde les hacemos las cargas virales y los atendemos a ellos solos para que no se sientan que están, no sé, para que estén ellos, verlos a ellos que tienen, bueno, tal vez un problema diferente que el resto, como para no mezclar, para que sientan que tienen su espacio (HOSPITAL 1 B11).

En este hospital, los entrevistados pusieron de manifiesto la coexistencia de diversas modalidades de registros clínicos. Por un lado, se destacaron las dificultades en la administración de las historias clínicas centralizadas. Como señaló una administrativa:

Un paciente que entra por traumatología pero lo operan, lo internan en clínica, los traumatólogos se lavan las manos, los cirujanos también, porque si entro en clínica se tienen que hacer cargo los de clínica. Nadie escribe las historias clínicas, nadie sabe que tiene el paciente, puede estar un mes ahí tirado y no lo ve nadie, entonces son esas cosas que si clínica se peleó con traumatología y con cirugía no se hablan entre ellos y paga el pato el paciente (HOSPITAL 1 A2)

Asimismo se indicaron problemas en el manejo de la confidencialidad de los datos en Admisión:

(...) si bien la historia clínica es parte del secreto médico institucional, por Admisión han pasado gente de Plan Trabajar, gente transitoria, es decir que no están dentro de la institución. Y esas personas tampoco tienen una obligación formal ni una preparación, entonces son temas complejos (HOSPITAL 1 MI13).

En Infectología se confecciona una historia propia que se archiva allí entre otros motivos para asegurar la confidencialidad en el manejo de la información.

Eso no quiere decir que los pacientes que requieren asistencia en otras especialidades, con las historias clínicas normales, no tengan información sobre lo que les pasa. Todos los pacientes tienen un resumen de historia completo que generalmente se hace en una página con todo lo que tienen. Eso lo llevan ellos (HOSPITAL 1 MI3).

La médica generalista que atiende en el consultorio de ITS señaló que poseen “un fichero aparte”. Consultada sobre qué ocurre cuando se efectúan derivaciones señaló que lo habitual es “lo hablo personalmente con el médico”. Una enfermera (E9) confirmó la existencia de esas “planillas que no van a la historia centralizada sino que quedan en un lugar en especial”. La médica dermatóloga habló de una ficha técnica que ella elabora y que se complementa con los resultados de laboratorio y que, en los casos de resultados “positivos” se traslada al “cuaderno de ITS” (MD12).

Otro registro lo constituye la “ficha de pedido de HIV”, en la que se consignan datos personales, incluidos datos sobre la vida sexual de las personas, antes mismo de la realización del testeo:

(...) el primer día, yo les pregunto a todos. Usan profiláctico: siempre, nunca, discontinuo. Son todas crucecitas. Igual que el nombre, es el profiláctico. Otra pregunta es: ha tenido parejas que usted sepa que son HIV positivas, homosexuales, bisexuales, ha tenido parejas múltiples, ha tenido parejas que usaran agujas o jeringas compartidas, otras drogas. Esa es la ficha de pedido de HIV.

No solo del HIV positivo. Es la ficha del pedido de HIV. Todo eso se pregunta y se registra de entrada (HOSPITAL 1 MI3).

HOSPITAL 2

En esta ciudad se entrevistaron los siguientes profesionales involucrados en la atención de PVVIH: la psicóloga (P7), el administrativo (A9), el médico (MC10), la extraccionista (T12) y la farmacéutica (F17)

1) TESTEO Y ENTREGA DE RESULTADOS

Los resultados positivos los retiran de Laboratorio exclusivamente los profesionales que los solicitan o “los médicos tratantes”. Se registraron diferencias en el manejo de resultados de los tests indicados en consultorios externos y en Infectología.

Diversos entrevistados que trabajan en consultorios externos (MC2, MC3 y MP18, MD16) argumentaron la necesidad de buscar al paciente a través de la trabajadora social para actuar frente a esa “fuente potencial de infección”:

(...) ese paciente tenés que agarrarlo y tratar de localizarlo, lo que pasa que el paciente que se desconoce que tiene VIH eh, si es sexualmente activo va a ser una fuente potencial de infección para un montón de personas (...) Tenés que buscarlo por la asistente social, la asistente social busca los datos, busca la forma de encontrarlo, o sea, insistir para que aparezca el paciente (HOSPITAL 2 MC3).

Sin embargo, la misma trabajadora social entrevistada indicó lo contrario: “no se lo cita”:

(...) para respetar justamente el anonimato, y por ahí el paciente no quiere decirlo en la casa, no sabe nadie que se hizo un análisis, ni que vino al hospital, entonces directamente no se lo cita (HOSPITAL 2 TS4).

Los referentes de Infectología respondieron de manera semejante argumentando en defensa de la voluntariedad y el mantenimiento del anonimato y haciendo énfasis en la importancia de la consejería pre-test como el principal recurso para asegurar el retorno del paciente. Uno de ellos indicó el alto porcentaje de entrega de resultados en ese consultorio:

(...) en líneas generales acá no se llama a los pacientes cuando son resultados positivos si no se entregaron (...) cada quien tiene su derecho de darse un tiempo para enterarse de esto. (...) [Lo que] intento es que cada encuentro con un paciente en el pre-test sea una posibilidad, por lo menos, de abrir una puerta a la información (HOSPITAL 2 P7).

(...) el análisis de VIH es voluntario y, o sea, si la persona se lo quiere hacer y después no retira el resultado, también es una cuestión de voluntad (...) O sea, se guarda el resultado junto con el Western que se le hace pero no se lo busca (HOSPITAL 2 A9).

Nosotros tenemos en el CEPAD los biblioratos de resultados pendientes y que no han venido, y nada de llamados, bueno, no querés venir, no vengas (...) acá no se llama, no se cita, no nada, así que, si es verdaderamente, si es un testeo voluntario, el retiro debería ser voluntario (...) si vos jugás con la verdad y vas de frente el tipo vuelve. Esto lo aprendimos nosotros, tenemos porcentaje de resultados dados, el 80 y pico por ciento de porcentaje de entrega y para nosotros está espectacular eso (HOSPITAL 2 MC10).

2) ACCESO Y ATENCIÓN

La atención se concentra en Infectología. Allí se realizan diversas actividades, asignación de turnos, manejo de historias clínicas, solicitudes de laboratorio, extracción de sangre, interconsultas de salud mental, seguimiento de mujeres embarazadas:

(...) en infectología tienen como un miniservicio, tienen asistente social, psicología eh...los médicos están trabajando todos en un lugar propio de ellos, ellos tienen forma de... llevan otro tipo de registro, tienen más datos del paciente porque llevan el seguimiento (HOSPITAL 2 MC3).

(...) el paciente con VIH va directamente a Infectología, ahí pide un turno y ahí lo atienden. Después le sacan sangre, se manda una muestra al laboratorio y otra al Muñiz [para carga viral y CD4] y de ahí, bueno, se le da la medicación, si es que la necesita, según lo que diga el CD4 (HOSPITAL 2 E11).

La Farmacia cuenta con un nombramiento para atención diferenciada de los pacientes bajo tratamiento antirretroviral y que trabaja en el seguimiento y aconsejamiento de los pacientes para colaborar en la adherencia a los tratamientos:

A partir de julio de este año, tengo el nombramiento de suplente de guardia y hago módulos asistenciales en horario de planta, atendiendo pacientes del plan con HIV (...) Y ahí lo que hago es, además de dar la medicación y un poco cotejo que la receta coincida con lo que yo tengo como registro de la medicación de ese paciente, que esté bien la receta, que a veces se equivocan, tienen mal la historia y recetan otra cosa; ver la adherencia, más o menos, si retira, si ves que se está retirando mal, hacer hincapié en la importancia de la adherencia; escucharlo a ver si tiene algún problema con alguna cosa para ver cómo encontrarle la vuelta para que los ayude a cumplir mejor (HOSPITAL 2 F17).

HOSPITAL 3

Según se afirmó, “este hospital, como hospital de referencia, aunque políticamente se diga que no, sigue funcionando como hospital de referencia (...), tiene un trato preferencial el paciente con serología positiva” (E13). A su vez, en el Informe Final, el investigador local consignó: “El hospital es [en los hechos] un centro de referencia infectológica y específicamente de atención de ITS y VIH-Sida (...) que constituye casi

una 'subespecialidad' y cuenta con una atención diferenciada. (...) Varios entrevistados subrayaron el abordaje interdisciplinario en la atención del ITS y VIH-Sida, donde la modalidad de trabajo está más organizada que en otras patologías "como por ejemplo diabetes". Este carácter del hospital fue puesto de manifiesto por un enfermero (E8), quien relató la discriminación de que había sido objeto por trabajar en este hospital:

Lo que pasa que el hospital (...), la palabra ya (...), da miedo, a mucha gente le da miedo, yo como personal fui discriminado por el hecho de trabajar en este hospital... no solamente por el VIH sino por la cuestión de infección (HOSPITAL3 E8).

En esta ciudad se entrevistaron a los siguientes profesionales involucrados en la atención del VIH-Sida: el consejero (V7), la secretaria (A12) y la médica infectóloga (MI16).

1) TESTEO Y ENTREGA DE RESULTADOS

Existe una Consejería organizada aparentemente por la unidad ejecutora del Programa Provincial de Sida que tiene una atención diaria de 8 a 14 para la solicitud de testeo. Allí se implementa el consentimiento informado y se entregan luego los resultados no reactivos. Los reactivos se derivan al médico infectólogo. Un voluntario describió el trabajo:

(...) [en la Consejería] atendemos de 8,30 a 14 horas, y es llegar y ya hay cola de gente que viene a buscar resultados o a hacerse el pedido para el consentimiento informado, nosotros estamos autorizados por el jefe del programa a hacer el llenado del consentimiento informado que es firmado por la Dra. Susana A. que es integrante del equipo (...) El paciente se hace la extracción y a los 10 días vuelve a buscar el resultado. Si es no reactivo nosotros le podemos dar el resultado y si es reactivo es la doctora la que se encarga y deriva a un médico infectólogo para su tratamiento, para poder hacerle los otros tipos de análisis para su abordaje (HOSPITAL3 V7).

En este hospital se implementa una planilla que debe completarse para el pedido del test. Se trata de un "formulario especial" (MC10) que se llena "cuando uno va a pedir un HIV" (MD1), en donde se consigna entre otras cosas "la orientación sexual del paciente" (MC14).

La médica infectóloga señaló la conveniencia de aplicar un pedido sistemático de testeo no sólo de VIH:

(...) el paciente que entra a mi sala o que a mí me toca revisar, tenga la edad que tenga, haga lo que haga y tenga la patología que tenga yo le pido HIV, VDRL, Hepatitis B y C, todas las serologías, o sea yo creo que eso debería ser una conducta que tendríamos que tomar todos, a lo mejor en este hospital, como uno tiene entrenamiento, lo hace, pero no todos los médicos hacen de pedir, no todos lo hacen (HOSPITAL3 MI16).

Insertamos aquí el relato de un médico clínico (MC14) sobre el problema suscitado por un testeo realizado que había sido expresamente desautorizado por el paciente y la

manera en que se resolvió la situación. Resulta interesante marcar los distintos elementos intervinientes en el caso: la voluntad expresada por el paciente, la ausencia de un consentimiento informado y pese a ello la realización de la rutina en el Laboratorio, el resultado reactivo y los mecanismos informales puestos en juego para salvar no sólo el error de Laboratorio sino también el problema de responsabilidad médica y legal frente a la información sobre la situación serológica del paciente. Error, rutina, responsabilidad, compromiso, elementos situacionales de carácter legal y social que suelen estar implicados en los procedimientos implicados en la realización de los tests y que suscitan diversas interpretaciones y resoluciones en los distintos contextos.

Lo que me ha pasado una vez en el hospital es que el paciente vino a pedir una serología de sífilis y de hepatitis B y C, y no quería de HIV porque decía que había gente en el hospital que tenía acceso a las historias clínicas y podía verlo y que él tenía un amigo que era enfermero, homosexual era el paciente. Le pido todas las serologías, él no quería HIV, listo no se lo pedí; le pido Hepatitis B, C y VDRL. Me llaman a los dos días del Viroológico que por error habían hecho el HIV y era reactivo (...) y no estaba firmado. Entonces lo que hice fue... A todo esto, el paciente tenía verrugas, lo derivé con el cirujano para que lo vea y me fijé cuándo tenía turno, hablé con el cirujano para que por favor haga que le firme el pedido de HIV y bueno, logró que le firme y nos sacamos un problema legal (...) Le comunicaron el diagnóstico y bueno, tenía sífilis pero a la vez tenía HIV (...) Pero digamos, este paciente que ya venía con ciertos prejuicios del hospital si se llegaba a enterar que por error, él no iba a entender de ninguna manera que por error se había hecho el análisis y no estaba firmado” (HOSPITAL3 MC14)

La comunicación de los resultados suele estar a cargo de infectólogos, aunque también de otros profesionales (MP18). Al respecto una psicóloga (P9) con experiencia con pacientes que viven con el virus (aunque no trabaja actualmente con ellos) señaló dificultades en los post- tests:

Yo escucho a pacientes que me dicen lo que saben [sobre VIH-Sida], que se lo aHOSPITAL 2n de decir (...) Y no es que no sea correcto lo que se le está diciendo pero me parece que hay que medir momento, hay que medir cantidad de información, hay que ver cómo dosificarla de acuerdo a lo que se puede ir ingresando; esto lo hemos visto un montón de veces, la cantidad de veces que uno le dice al paciente las cosas porque se le larga todo junto y cuando se va a la casa entendió de la misa la mitad, y a la semana vuelve con las mismas preguntas y bueno... si encima esas cosas que se le dicen no están medidas (...) qué te puede importar, a ver, cuál es la información básica y central que se le puede dar a un paciente cuando recién se le diagnostica un VIH (...) en todo caso esperate que te lo pregunte si es que está en condiciones de escuchar pero si no, hay cosas muy básicas que hay que decir (HOSPITAL3 P9).

Ante la consulta sobre la existencia de pautas a seguir en el caso de los resultados reactivos no retirados, la mayoría de los entrevistados señaló que no hay nada establecido institucionalmente. Sin embargo, la modalidad que aparece en repetidas ocasiones es la búsqueda de pacientes a través del Servicio Social. Al respecto hubo diferencias en la caracterización del grado de formalización de los procedimientos:

(...) el seguimiento debe hacerse a través de Servicio Social (...) como se hace con algunas patologías como es el HIV que se lo cita, se lo llama (...) hay un contacto directo con Servicio Social siempre (HOSPITAL3 MI16).

Uno se maneja habitualmente por relaciones personales. Vas, hablás con las chicas de Servicio Social, hablás con un colega o me lo manda tal colega y igual voy y hablo, es todo medio personal; yo no tengo un protocolo, (...) pobres chicas las del Servicio Social, siempre caemos allí (HOSPITAL3 MD1).

Sobre los resultados reactivos no devueltos, una administrativa (A12) con 32 años de antigüedad que trabaja en la Administración, informó haber “descartado”² una “muestra” de resultados “que se iban amontonando” y “como tenían el código” no podía saberse a quiénes correspondían:

(...) yo me acuerdo descartamos del año, no sé si del... qué sé yo qué año... 2000, 2000 y pico, HIV era positiva la muestra y nunca más vinieron a buscar el resultado. Iban quedando (...) iban quedando, se iban amontonando y nunca más, y como tenían el código uno no podía saber quién era (HOSPITAL3 A12).

2) ACCESO Y ATENCIÓN

Los datos relevados permiten identificar la articulación entre el trabajo de Infectología con el Servicio Social, la Farmacia y, como menciona el consejero (V7), también Nutrición. En los siguientes extractos se menciona la intervención del Servicio social y el monitoreo de la adherencia que se desarrolla en Farmacia.

Con Servicio Social, la infectóloga indicó la tarea que se lleva a cabo y que tiene con ver con la especificidad del abordaje según “(...) qué condición social tienen, qué nivel intelectual tienen, todo eso”: (...) por ejemplo yo tengo pacientes que son analfabetas, entonces tenemos todo un trabajo con Servicio Social para hacer el abordaje que tome la medicación (HOSPITAL3 MI16).

Con Farmacia se llevan a cabo actividades de monitoreo de la adherencia:

(...) como después necesitamos tener el consumo y la cantidad de pacientes que vienen mensualmente entonces se ideó este sistema en los que nos permite sacar por día y entregarle a cada profesional que atiende ese día cuáles son sus pacientes que debieran venir en esa fecha y si hay pacientes que se encuentran retrasados para que ese profesional sepa cuántos días de retraso viene (...) y detectar sobre todo los no adherentes, lo comunicamos al profesional que atiende y a Servicio Social para que ellos se encarguen de captar o recaptar a ese paciente (HOSPITAL3 F6).

El consejero (V7) señaló las tareas de taller, promoción y capacitación destacando que el hospital constituye un centro de referencia para pacientes del resto de la provincia quienes concurren a causa de la dificultad en el manejo de la confidencialidad en el

² No se indagó qué significaba en este contexto la palabra “descartamos”-

diagnóstico en hospitales del interior. Esta demanda específica representa, según el entrevistado, el 28 % del total de pacientes atendidos:

En la consejería, junto con otros colegas, abordamos también temas con pacientes VIH para hacer grupo de reflexión donde se habla todo lo referente a la adherencia a los tratamientos, de cómo develar el diagnóstico ante sus familiares, ante sus amigos... y esta cuestión de trabajar interdisciplinariamente con otras áreas, no solamente con el médico de cabecera sino con Servicio Social, con Nutrición (...) Después lo que hacemos es toda la parte preventiva, de prevención primaria, dictar talleres o también se hace capacitación a nivel docente, se viaja al interior a distintos hospitales y dispensarios para capacitar también al equipo de salud por la confidencialidad del diagnóstico que es una lucha constante con los médicos del interior (...) esta cuestión de cuando se sabe el diagnóstico, todo el hospital sabe quién es y bueno, eso se va corriendo de bola en bola y entonces los pacientes prefieren ser atendidos aquí en el hospital por eso tenemos una demanda de pacientes del interior del 28%, el 28 % de los pacientes que son asistidos en el hospital son del interior (HOSPITAL3 V7).

HOSPITAL 4

En esta ciudad se entrevistaron a las siguientes profesionales involucradas en la atención del VIH-Sida: dos médicas infectólogas (MI9, MI10); una enfermera (E2) que se desempeña en el servicio de infectología, realizando tareas administrativas vinculadas a las cargas virales y CD4, asesoría, entrega de medicamentos y resultados; la trabajadora social (TS5) quien es la responsable -dentro del Servicio Social- de articular con Infectología por la atención de los pacientes con VIH-Sida y la psicóloga (P11) quien está abocada a tareas vinculadas con aconsejamiento y adherencia.

1) TESTEO Y ENTREGA DE RESULTADOS

Sobre los procedimientos de gestión de resultados en el Laboratorio, se señaló que “los resultados no los vemos nosotros”:

(...) el laboratorio hace la extracción del paciente. Aunque nosotros sabemos por códigos internos quién es positivo y quién no, el paciente de nuestra boca no se entera de nada, porque tenemos terminantemente prohibido dar los datos, dar resultados (...) se le dice que en caso de embarazo el control se lo entrega la obstetra o la infectóloga y siempre el trámite es personal, nosotros no damos resultados HOSPITAL 4 A6).

Está establecido que ante resultados positivos se informa al servicio de Infectología y que la encargada de comunicarlos es la psicóloga junto con la infectóloga (TS5, MC4, MD7, MH14), aunque en el caso de las mujeres embarazadas dicha entrega también la puede efectuar la médica obstetra (A6):

(...) todo paciente que va por los consultorios externos y pide un estudio de HIV, obtienen el resultado a través del servicio de Infectología, la psicóloga del servicio de Infectología,

independientemente de lo que diga el resultado. Yo suelo pedir muchos estudios de HIV, por las patologías hematológicas que uno tiene que descartar las posibles patologías (HOSPITAL 4 MH14).

Esta última entrevistada planteó que en ocasiones los pacientes tienen problemas para encontrarse con sus resultados debido a la ausencia del personal responsable de dicha entrega:

Y, hay dificultades. La gente se queja de que les cuesta encontrar a las personas encargadas de dar los resultados. Me pasó de tener que reiterar varias veces que vayan a buscar el resultado. Pero en general, se lo entregan ellos (HOSPITAL 4 MH14).

En el caso de las mujeres embarazadas, la trabajadora social del servicio de infectología (TS5) indicó lo que denominó un “desfasaje” en el circuito de atención. Específicamente en lo que se refiere a la situación de “pérdida” de pacientes en las instancias que van desde la primera citación para la toma de la segunda muestra, la realización del estudio y la citación a Infectología:

Si es embarazada lo que se hace se la cita a la segunda muestra por el centro de salud o por el hospital de acuerdo donde se atiende y ya en el segundo resultado si sale de vuelta positivo queda citada para Infectología para darle todo lo que tiene que ver con el resultado, el seguimiento y todo lo demás. En ese pase en el que van del laboratorio los resultados a Infectología algunas veces se pierde una en el camino, hay un desfasaje en la desorganización, que no sé si toda la gente [lo hace] con la prioridad que se tendría o con la rapidez que se tendría que citar. Porque por ejemplo control de embarazo, si aparece en el último trimestre recién se hizo el estudio, capaz que primero cae la mujer acá a tener el bebé antes de tener el resultado y ahí es cuando se te dificulta la situación. Porque no tomó la medicación que correspondía durante el embarazo, porque capaz que cae en el parto y se le hizo test rápido o no, o no está el resultado y ahí es cuando vienen los inconvenientes (HOSPITAL 4 TS5).

Cuando los resultados no son retirados, se convoca por Servicio social por medio de diferentes modalidades: primero a través de llamados telefónicos, incluso convocando a través de un centro de salud (MC4) y también se mencionó la posibilidad de recurrir al envío de un telegrama. La constancia del envío se adjunta a la historia clínica (E2, MI9):

(...) de última se envía el telegrama también para que quede en la historia clínica el documento legal que uno avisó y la asistente social se encarga de ir a hablar con esta persona, no es cualquier asistente social, es la asistente social que trabaja con nosotros (...) Tratamos de rescatar a esa persona (MI9).

Esta modalidad se aplica tanto para pacientes atendidos en Infectología como para los testeados en otros servicios (MG3, MD7).

Reproducimos a continuación un extracto de la entrevista a la administrativa del Laboratorio (A6), en relación con el problema del resguardo de la confidencialidad de las tramitaciones vinculadas al testeo. En este extracto se pone en evidencia cómo la preocupación está cifrada en la eventual vergüenza del paciente y no en las necesarias

precauciones que deben implementarse institucionalmente para la protección de los pacientes:

(...) hay mucha gente que todavía tiene miedo o vergüenza. Lo que nos costó era con las embarazadas que aceptaran que el HIV formaba parte del control del embarazo, si bien firman el consentimiento y todo lo demás a la hora de llegar a la ventanilla como que les da pudor, te doblan bien el papelito, te lo entregan doblado. Nosotros las tratamos como una más. Bueno eso costó pero poco a poco se fueron acostumbrando. (...) nos ha pasado de gente grande, hombre o mujer que vienen, a veces en pareja y a veces no y vienen con el papelito dobladito y si no te dicen mirá me encontraron un granito o me encontraron esto y me mando el infectólogo por las dudas y ya que está me lo hago, es como que están justificando el pedido (HOSPITAL 4 A6).

2) ACCESO Y ATENCIÓN

En lo que refiere a la atención de PVVIH, en las entrevistas no se evidencian más datos que la eventual derivación a dermatología (MD7) y la profilaxis por VIH en guardia en casos de violación (E13).

HOSPITAL 5

En este hospital se entrevistó a los siguientes profesionales involucrados en la atención del VIH-Sida, una médica infectóloga (MI 12) que atiende en el consultorio de Infectología dos días por semana (allí, según la entrevistada, “el 80% de la consulta corresponde a esta enfermedad”) y después “hace sala” e interconsultas; un médico clínico (MC 17), quien atiende consultorio por las mañanas y luego también interconsultas y en internación y una enfermera (E 11) cuya tarea principal se desarrolla en el marco del comité de control de infecciones.

No es éste el hospital de elección para ITS y VIH en la ciudad sino otra institución de referencia o “los puestos de salud”. La enfermera (E11) relató al respecto que:

(...) acá (...) la detección por ahí se hace cuando vienen a donar sangre (...) sale algún tipo de ITS o HIV o digamos un, un ELISA positivo se pasa se informa acá a Infectología y cuando viene la persona a retirar los análisis se da acá se, se da la información (HOSPITAL 5 E11).

1) TESTEO Y ENTREGA DE RESULTADOS

La técnica entrevistada (T3) señaló que en el Laboratorio se registran los datos personales antes de la extracción, a saber, “domicilios, edad, nacionalidad, teléfono, uno alternativo donde se lo pueda ubicar”.

En cuanto a los resultados no retirados por los pacientes, la médica infectóloga (12) señaló que

(...) históricamente, al comienzo cuando se los busHOSPITAL 2 para notificarlos, se usaba el sistema de la policía lo cual hacía mucho más... diría yo negativo el problema.

Actualmente, aclaró:

(...) lo hacemos desde el Servicio Social con un protocolo muy sencillo donde no ponemos el motivo de la citación ponemos simplemente que debe, debe consultar al servicio de Infectología del tal día a tal día digamos son horarios amplios como para que la persona si no pudo venir ese día exacto, venga después no se lo rechace y eh... lo hacemos a través del puesto de salud, no a través de la policía (HOSPITAL 5 MI12).

El resto de los entrevistados manifestó dudas sobre cómo se organiza esta devolución. La técnica de Laboratorio antes citada planteó que

(...) lo factible sería llamarlos, comunicarnos con ellos, o comunicarse con el servicio de Infectología para que se comuniquen mediante los personales que existen de APS, para que los busquen, los asistentes sociales y vean cómo están dentro de su círculo familiar (HOSPITAL 5 T3).

Sin embargo, las restantes respuestas al respecto fueron variables y pusieron en evidencia que no existen pautas estandarizadas para enfrentar el problema o que, de existir, las mismas no están adecuadamente difundidas como dan cuenta los siguientes entrevistados que señalan desconocerlas:

(...) la verdad no sabría decirte (HOSPITAL 5 MI17).

(...) no sé cómo está funcionando (HOSPITAL 5 MC16).

(...) no que yo sepa (HOSPITAL 5 P4).

2) ACCESO Y ATENCIÓN

La infectóloga señaló que los pacientes que no concurren al consultorio constituyen “un problema cotidiano” en la atención y aunque entiende que se debe “respetar básicamente la decisión de una persona mayor, ha de procurarse que concurren. En especial cuando se trata de embarazadas donde ponen en riesgo a la vida del bebé (HOSPITAL 5 MI12).

Argumentó asimismo que existe un problema de desconocimiento por parte del paciente sobre “el alcance del no contagio” asociado a los tratamientos antirretrovirales con la siguiente argumentación técnica, sin duda muy sorprendente para una profesional a cargo del tema:

(...) en el inicio de la epidemia tener Sida significa un sinónimo de muerte, quedó un concepto muy grabado en las personas de que no se puede hacer nada siendo que hoy tenemos un montón de recurso a los cuales apelar para que la persona viva bien eh... pero esto quizás mucha población lo desconoce, entonces nuestro rol es hacerle de puente entre el sistema de salud y el paciente para que el paciente pueda acceder a un tratamiento para que viva bien, además en la medida a que acceda al tratamiento va a ser no contagioso, es más, esa es la teoría que se propone ofrecer más

tratamiento a más personas para que desde el punto de vista epidemiológico sea mayor el alcance de no contagio (HOSPITAL 5 MI12).

Desde Infectología, según se dijo, se deriva eventualmente a un psicólogo (04) para el abordaje de las personas que abandonan o rechazan los tratamientos:

(...) la tarea nuestra sería sensibilizarlos para que cumplan con el tratamiento y se hagan cargo de su enfermedad. (...) está bien la parte del derecho humano que lo asiste en el sentido de que él no quiere hacer el tratamiento que no lo haga pero nosotros como efectores de salud tenemos la obligación de insistir, de buscar que no sea una oportunidad perdida, de que no sea un paciente que no ha hecho nada, de tratar de modificar esa actitud (...) (HOSPITAL 5 P4).

Este entrevistado señaló que en el caso de VIH se apela también al Servicio Social. En este sentido la trabajadora social (TS10) reiteró el argumento del trabajo de “sensibilización” asociándolo expresamente a su condición religiosa:

(...) para que ese paciente cambie, no es cierto, para que pueda seguir trabajando conjuntamente con nosotros (...) le digo al paciente mire (...) acá en este espacio está usted, están sus ganas de seguir adelante, está la fe que es importante, ahí sí yo entro, yo siempre he puesto mi condición religiosa y la fe en todo eso y fijate que eso nos da muchos resultados. Dios es grandísimo y yo con eso es mi HOSPITAL 2llito de batalla (HOSPITAL 5 TS10).

Cabe señalar en estos dos profesionales y también en las respuestas del médico que trabaja en el consultorio de Infectología (MC17) una marcada concepción de responsabilidad moral asociado al ejercicio de su práctica y del deber del profesional frente a una concepción de pacientes extremadamente dependientes³:

(...) si no lo contenemos como médico y como personal de salud no, no servimos, no hacemos otra cosa (HOSPITAL 5 MC17).

HOSPITAL 6

Se entrevistó a las siguientes personas vinculadas con la atención de las PVVIH en este hospital: dos médicos infectólogos (MI 2 y 3), una trabajadora social (TS1), la administrativa (A12) y también a la bioquímica que interviene en los estudios para estos pacientes en el Laboratorio (B2), a una psicóloga (P7) y un farmacéutico (F7).

1) TESTEO Y ENTREGA DE RESULTADOS

³ Araújo Sadala María Lúcia y Marques Silvio (2006), Vinte años de asistencia a pessoas vivendo con HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde, Cadernos Saúde Pública, 22 (11): 2369-2378, noviembre.

La indicación del test la efectúan los médicos de distintas especialidades. El médico urólogo señaló que la solicitud del testeo de VIH no forma parte de la rutina en la atención, excepto que el paciente lo requiera explícitamente. Argumenta que no lo solicita debido a “una cuestión de ley”:

(...) habitualmente no se pide [test VIH] de rutina por una cuestión de ley, entonces al no pedirlo de rutina, salvo que venga el paciente específicamente a pedirlo, cosa que es muy esporádica, en todo el año podés tener uno o dos pacientes, nada más que te piden eso, entonces prácticamente no tenés (...) yo creo que hoy en día se tendría que hacer de rutina el HIV (HOSPITAL 6 MU14).

En cambio en Dermatología, el criterio es distinto:

(...) a todos los VDRL + les hacemos el HIV. Los convenzo de hacerse el HIV. De entrada no. De entrada les hago el tratamiento los amanso y después les doy. (...) después que terminamos el tratamiento, y empezó a bajar yo le digo mira si te contagiaste esto, tenés probabilidades, sabés que hay otras enfermedades que se contagian igual, les digo que te convendría... y ahí lo hacemos” (HOSPITAL 6 MD11).

Sobre la modalidad de implementación del consentimiento informado uno de los médicos infectólogos MI6) lo caracterizó como una formalidad:

La mayoría de las veces que el paciente viene para hacerse el estudio con lo cual, al firmar el consentimiento, que es por ley, es una formalidad... Si yo le solicito, lo tengo que convencer porque se lo pido y me tiene que firmar el consentimiento, de todas maneras la mayoría de los pacientes, confían lo leen, lo firman y listo (HOSPITAL 6 MI6).

En lo referido a la atención en Laboratorio, la bioquímica destacó que se dispensa a los pacientes “una atención medio preferencial”:

(...)los atendemos eh a veces hasta un horario 11 casi ya mediodía, si vienen ya decididos a hacerse el HIV sin turno los atendemos (...) todos los días (...) no tienen obstáculo de turno de de ¿viste? si vienen más o menos hasta el medio día (...) nosotros hacemos que el que está de guardia saca sangre a los pacientes que vienen de de infecto (HOSPITAL 6 B4).

En cambio, sobre la atención en Laboratorio, un médico clínico (MC10) y una administrativa (A3) señalaron que al momento de llamar en sala para efectuar la extracción de sangre, se suele distinguir y separar –por lo tanto probablemente exponer- a los pacientes que van a realizarse análisis vinculados al VIH-Sida. Ambos reconocieron que esta modalidad había generado reclamos:

(...) no vi pero sí sé que se han quejado de que es como que no no no los atienden bien (...) y como ser de hacer una extracción de sangre y salir a la sala y decir “los que vienen a sacarse sangre, los que son de HIV ponerse en tal lado” así sin ninguna... es como divulgar a las demás personas que están ahí, saber identificar quiénes son las personas de HIV (HOSPITAL 6 A3).

(...) cuando va al laboratorio, a sacarse sangre obviamente, le molesta cuando se dicen “a ver todos los pacientes que vienen por HIV”... Obviamente eso les molesta. Creo que tienen razón hay que llamarlos como a cualquier otra persona, no hacer diferencia y llamarlos como corresponde, eso es

lo que he visto en alguna oportunidad, que ha ocurrido. A nivel atención médica no (HOSPITAL 6 MC10).

Los resultados los retiran los profesionales directamente de Laboratorio:

(...) los médicos tenemos que ir a buscar el resultado. Generalmente voy yo. Me acuerdo cuántos tengo. Voy, les pregunto a las chicas si hay algún positivo (HOSPITAL 6 MD11).

(...) eso se entrega al profesional que lo atendió al paciente (HOSPITAL 6 MC16).

Pero al parecer existiría un circuito diferente con Infectología. Según planteó la bioquímica, los resultados los entrega ella en ese servicio, conservando una copia que no es informada con el resto de los análisis:

(...) arreglé con con eh los de infecto para que esos resultados también yo se los entrego (...) para que después con el eh haya una devolución por esos resultados (...) en la carpeta nuestra de HIV todos los pacientes que son de infecto ni escribo el resultado para que no se los informen nadie (...) yo lo escribo manualmente (...) y después si llegara a haber alguno positivo yo voy personalmente este y se lo entrego a la doctora (...) o al doctor F., saco una copia de lo que yo tengo y ellos reciben el original y tengo una copia así que está bastante personalizado (HOSPITAL 6 B4)

En el caso de detectar un paciente VIH + que no regresa a buscar el resultado, los entrevistados en general coincidieron en señalar que se apela al Servicio Social para la tarea:

(...) en el caso de que dé positivo y la persona no lo sabe, uno tiene... la trabajadora social de alguna manera trata de ubicarlo citándolo al médico (HOSPITAL 6 MC10).

(...) hablo con la asistente social. Yo le pido el teléfono a todos y la asistente social me lo cita (HOSPITAL 6 MD11).

La trabajadora social destacó los cuidados requeridos para efectuar la citación e “ir a buscar al paciente”, cuidados que habría que salvar especialmente frente a la citación eventual de una mujer embarazada:

R: Muchos de los pacientes que vienen acá, vienen solos y donde comentan que la familia no sabe. Si el resultado es positivo, quiere mantener el secreto porque es lo primero que les preguntamos. Si me dan un teléfono, aclaro con quién puedo hablar en la vivienda, si no está él. Cómo puedo acordarlo. Esté yo u otra persona eso queda claro. Con el tema del VIH, de ir a buscarlo es más complicado por eso mismo.

P: ¿En qué caso habría que ir a buscarlo?

R: En caso de un embarazo, sí. De alguna forma se va (HOSPITAL 6 TS1).

Como señaló un infectólogo, las llamadas telefónicas vía celular presentan ciertos obstáculos para contactar a pacientes que no han regresado. Asimismo reconoce la existencia de resultados no retirados:

Se trata de localizar [al paciente] porque siempre hay una ficha y hay una dirección y hay un teléfono. A veces tenemos el problema de los benditos celulares (...) a veces uno trata de

contactarlo, pero la verdad es que a veces nos han quedado algunos resultados y están ahí... desde hace años y la verdad te diga a veces con el devenir diario, tenemos la intención de hacerlo pero pasa, pasa y quedan (HOSPITAL 6 MI6).

Resulta manifiesto lo “complicado” que resulta para el personal entrevistado este tipo de gestión, debido al tipo de diagnóstico, los requerimientos legales unidos a la elevada carga de trabajo y el escaso número del personal asignado a las tareas. Así, por ejemplo, se recordaron distintos eventos problemáticos. Extractamos dos de ellos:

La empleada administrativa del laboratorio reconoció que en ciertas ocasiones se han entregado directamente resultados negativos:

(...) porque hay veces entre tanta cantidad de gente, te puede pasar como nos ha pasado en algún momento, no siempre, pero ha pasado, un resultado se ha entregado, siempre que sea negativo, porque si es positivo nosotros directamente nada, pero, viste, vos, entre toda una rutina mandaste y te dicen “No, ¿por qué lo mandaron?” (HOSPITAL 6 A13).

Por su parte, la psicóloga recordó un caso de retraso en la entrega de resultados:

(...) con el HIV, o con una, bueno no cuida después ya (...) te digo tenemos una paciente que la que le hizo juicio a la municipalidad porque no le habían dado a tiempo el... (...) y después cuando estuvo en otro hospital le hicieron el resultado directo (...) se enteró una vez que el bebé estaba lactante (...) (HOSPITAL 6 P5)

2) ACCESO Y ATENCIÓN

En la institución funciona un “consultorio de VIH [con un] el equipo de salud que está formado por una psicóloga, el médico infectólogo, la trabajadora social y la parte administrativa” (MC 10). En este servicio se han creado ciertas condiciones para favorecer la accesibilidad, principalmente en lo que refiere a turnos: “Lo que sí tratamos de hacer en el consultorio de infectología es tratar de darle comodidad al paciente, que no tengan que sacar turno, los turnos son programados, lo sacan por teléfono” (MC10). El mismo entrevistado caracterizó a los pacientes como “muy demandantes”, y destacó la oferta de distintas profesiones con la que se cuenta:

(...) el psicólogo está en el edificio, la trabajadora social está en el mismo lugar (...) Cuando tiene una urgencia, también se lo atiende sin turno y a pesar de todo esto, ellos son especiales muy demandantes y nosotros obviamente estamos para eso, de alguna manera nosotros tenemos que atender la situación de ellos y tratamos de contenerlos en todo momento (HOSPITAL 6 MC10).

Un entrevistado indicó que en la Guardia frente a un caso de paciente afectado por el VIH, se convoca a profesionales de Infectología, quienes a partir de allí se hacen cargo de la atención:

Si tenemos [un paciente en Guardia] pedimos en principio interconsulta con Infectología. Viene el infectólogo y se ocupa él de todo, desde avisarle al paciente si no lo sabía, de citar a los contactos, buscar la medicación, de pedirle los análisis en fin. Se pone en manos del infectólogo (HOSPITAL 6 MC15).

La dermatóloga entrevistada señaló que dentro de su especialidad, ella es la única que atiende a pacientes por VIH o ITS debido a que sus compañeras se niegan a hacerlo a pesar de contar con los conocimientos requeridos:

Cualquier dermatólogo está capacitado para hacerlo. Lo que pasa es que las chicas [sus compañeras] no quieren atender. Como tampoco quieren atender pacientes con enfermedades de transmisión sexual o con sífilis... eso todo lo hago yo (HOSPITAL 6 MD11).

En cuanto a las prestaciones de apoyo social, una administrativa indicó ser la encargada de la distribución de “las cajas de alimentos a los pacientes de HIV” (A3). Sobre estos tipos de recursos hubo posturas encontradas. Por un lado la visión crítica expresada por la propia médica encargada de atender a las PVVIH quien sostuvo que algunos “utilizan” su padecimiento para obtener los beneficios del Estado:

(...) te puedo asegurar de que acá viven del Estado más de 4 (...) claro, que la pensión, que la caja de alimentos, que la leche, que las chapas, que la vivienda que el material, es imposible de decir las cosas que mas de 4 tienen... y hay pases, pases del colectivo la jubilación y bueno y todas esas cosas (...) no te digo todos, pero alguno de ellos utilizan su pobreza para usufructuar todo lo que el Estado le da (HOSPITAL 6 MI2).

Por el otro, el farmacéutico, quien destacó que no se presta suficiente información sobre los recursos de asistencia social a los que pueden acceder:

(...) yo te puedo asegurar que hay muchos... hay muchos que no saben todas las posibilidades que hay en un hospital público, en cuanto a planes, en cuanto medicación (...) ¡Pases! Hay muchas cosas que yo me enteré ahora cuando me empecé a ser cargo de infectología porque yo antes desconocía (...) Falta información, porque hay mucha gente que no sabe... que había pases, que había alimentación, que había un montón de beneficios (HOSPITAL 6 F7).

HOSPITAL 7

Se entrevistó a la médica infectóloga (MI1), a dos voluntarios (V12 y V13, este último cumpliendo tareas como administrativo y a una trabajadora social (TS16) quien se desempeña como Jefa de Servicio Social pero que trabaja también en la atención de PVVIH.

1) TESTEO Y ENTREGA DE RESULTADOS

Existen múltiples vías de ingreso al circuito de testeo por VIH. Así se afirmó “las bocas son varias” (MI1): por consultorio de infectología, por consultorios de clínica “a hacerse una serología para HIV y le da positiva” (MC9), por guardia e internación. También se informó (MI1) que algunos ya vienen testeados desde el Banco de sangre.

Ponele que va al consultorio y se viene a hacerse una serología para HIV y le da positiva y desde clínica le pedís las co-infecciones, otras enfermedades de transmisión sexual, pero para eso lo derivás a Infectología (HOSPITAL 7 MC9).

En cuanto al Laboratorio, la bioquímica señaló que se trata de un “centro regional de referencia para el HIV” y lo que “más se hace es diagnóstico serológico de las infecciones virales” (B2). Destacó límites y también los cambios que se prevén en el futuro.

Concretamente lo que más se hace acá, es un diagnóstico serológico de las infecciones virales, que no tenemos medios de cultivos, ni por el momento tenemos PCR. Estamos en proceso de tenerlo, como para hacer un diagnóstico directo, hacemos un diagnóstico indirecto, por medio de la inmunoserología, o sea hepatitis, HIV, citomegalovirus, las clamidias (HOSPITAL 7 B2).

La misma entrevistada describió el modo en que se informan los resultados en devolución a los médicos que los solicitaron:

(...) nosotros acá [Laboratorio] pertenecemos a un servicio de diagnóstico, nosotros no tenemos un contacto directo, nosotros no entregamos resultados, ni siquiera le damos el resultado en la mano al paciente, el hospital tiene un sistema que los resultados van a la historia clínica. O sea, nosotros directamente se lo mandamos al médico, a través de una historia clínica, donde queda archivado supuestamente (HOSPITAL 7 B2).

En internación, el diagnóstico se lo comunica habitualmente el médico clínico tratante. Sobre esto la trabajadora social comentó que la comunicación post-test no se hace de manera adecuada.

Acá en el hospital, está la parte de infectología, pero hoy por hoy se internan muchos en sala general, entonces lo atiende el clínico, y lo que pasa en general, le dan un diagnóstico pero decirle tenés HIV, sin mostrarle todo el abanico que tiene, que de esto no te vas a morir, se lo tenés que contar a personas que te ayuden, no se lo tenés que ir contando a todo el mundo, tenés que cuidar a la persona que está con vos, todas esas cosas (...) nosotros las trabajamos desde el Servicio Social. Porque muchas veces el médico le dice hacete la carga viral, hacete el CD4 y volvé. No le dicen lo importante del CD4, lo que le da, lo que le va a dar la carga viral, lo que implica, lo que implica tomar la pastilla, la medicación en tiempo y horario (HOSPITAL 7 TS16)

Los entrevistados E6, P7, E8, MC9, E11, señalaron que no existen normativas o pautas establecidas con respecto a los resultados no retirados y de existir ellos las desconocen:

No, no hay [algo pautado]. En general el que se va, se va, y la mayoría... escuchás que dice ‘ya va a volver’, eso lo vas a escuchar mucho acá, ‘ya va a volver’ (HOSPITAL 7 E6).

Otros entrevistados reconocen sin embargo que el Servicio Social interviene en este tema:

(...) acá capaz se le da más importancia al tema del HIV porque es una infectocontagiosa, Servicio Social se mueve más en ir a buscarlo, y no al diabético, que también es un enfermo (HOSPITAL 7 MC5).

La dermatóloga describió la modalidad de búsqueda:

Generalmente se maneja así, si vos necesitás que el paciente vuelva a la consulta, vas a las asistentes sociales, y las asistentes sociales se encargan. Ellos salen del hospital y lo buscan, salvo que haya cambiado de domicilio, que se haya mudado. (...) sí, se busca por lo menos se intenta que vuelva (HOSPITAL 7 MD15).

Sin embargo, la médica infectóloga (MI1) señaló que el Servicio Social intervenía (aparentemente en el pasado) en el trabajo de citación de donadores de sangre con determinaciones positivas, pero que estas tareas se hacían de manera informal: “Lo que pasa que estas cosas, la mayoría las haces a pulmón, acá no tenés ninguna cosa oficial de nada”. La misma trabajadora social entrevistada señaló por su parte que sólo ahora “estamos viendo de llamar a esa gente que no retira la medicación para ver qué pasa” (TS16).

2) ACCESO Y ATENCIÓN

La atención en infectología está organizada sobre la base de turnos que se solicitan a través de un número telefónico gratuito:

(...) el sistema del consultorio es por medio del 0800, más todos los sistemas alternativos (HOSPITAL 7 MI1).

La gente pide turno por teléfono al consultorio, no hay sobre-turnos, están los protocolos, se los sigue, se los llama, a veces tienen más ventajas que algunas enfermedades que son más curables, menos costosas, pero que no tienen armado todo un circuito para que esto suceda (HOSPITAL 7 TS16).

El Servicio social trabaja colaborativamente en las citaciones y los contactos con los pacientes (...) Nosotros tenemos un contacto permanente, se los llama para la carga viral, se los llama para la medicación, ahora estamos viendo de llamar a esa gente que no retira la medicación para ver qué pasa (HOSPITAL 7 TS16).

La trabajadora social entrevistada indicó que en el pasado se trabajó en conjunto con una ONG en un sistema de internación domiciliaria y que actualmente “contamos con el hogar de las hermanas para el tema de los pacientes que no tienen familia”:

(...) que en eso vamos un paso más adelantados que otras enfermedades, en que los pacientes quedan acá porque no tienen donde ir (HOSPITAL 7 TS16).⁴

En el circuito de atención de VIH-Sida se destaca la participación de los voluntarios cuyas actividades incluyen desde visitar a pacientes internados hasta colaborar en las instancias de consulta. Ellos, afirman, intervienen como “una especie de jueces” entre médico y paciente:

⁴ Este punto no fue repreguntado.

(...) están los voluntarios que van a recorrer los pisos, esto significa ir a ver al paciente, ver lo que necesita, su estado, preguntarle su adherencia a la medicación (...) Por el lado los que estamos en los consultorios, lo que hacemos es la función primordial es la de estar actuando en beneficio del paciente, somos como una especie de secretarios del médico (...) Actuamos (*risas*) como una especie de jueces, entre unos y otros como para que el paciente una vez que está en el hospital, no pierda su tiempo y pueda irse con lo que vino a buscar (HOSPITAL 7 V12).

En efecto, sus comentarios a la manera de “jueces” incluyeron varios aspectos críticos.

- 1) Uno de los voluntarios destacó que los problemas con los turnos persisten, enfatizando en que

(...) hay mucha demanda y los turnos por ahí pasan... Hoy necesitás sacar un turno para atenderte pero hasta que te ve un médico pasan quince días, de ahí te mandan a hacerte estudios y pasan otros quince días (HOSPITAL 7 V13).

- 2) El mismo señaló que existen demoras en el proceso de realización de la carga viral:

(...) cuando entrás en el circuito desde que te mandaron a hacer una carga pasan cuarenta días y hasta que te entregan el resultado pasaron dos meses o algo más; que es cuando ya te tendrías que iniciar la otra carga viral. Para mí achicar tiempos es fundamental y toda la burocracia que hay en el hospital (HOSPITAL 7 V13).

- 3) El otro voluntario entrevistado apuntó a dificultades en la disponibilidad de medicamentos en Farmacia:

La medicación que se pide al programa está en función de la gente que figura en una planilla, donde constan los pacientes que están en tratamiento y se pide la medicación para el próximo pedido en función del que vino a retirar, no de las personas que figuran en el listado. (...) Si yo el mes pasado tenía 50 pacientes, te tiro cualquier número, y este mes vinieron a buscar 25, hay 25 que no que no van a estar (...) con lo cual si esas 25 personas viniesen a retirar su medicación que no vinieron a retirar antes, debería estar en Farmacia, pero ¡oh!, no está ¿qué pasó con esa medicación? (HOSPITAL 7 V12).

- 4) Además destacó problemas en la tarea de seguimiento desempeñada por la trabajadora social y el equipo de residentes que ésta coordina:

Tendría que trabajar en conjunto con la parte de Servicio Social y hacer un seguimiento del paciente. (...) y eso es lo que no funciona (...) lo que hace la asistente social, no puede mandar a una chica residente, hoy venís vos, mañana viene la otra y pasado otra, porque el paciente se acostumbra a vos y lo atendés vos y después al ver caras distintas... vos del hospital te esfumás (HOSPITAL 7 V13).

A su vez la trabajadora social mencionó las dificultades que tienen para “trabajar en forma interdisciplinar”. En el siguiente extracto esta profesional evalúa negativamente el papel que les es asignado en la tarea de citar a pacientes:

Nosotros tratamos que las citas sean un trabajo, no un mero mensajero. A mí cuando el médico me dice citalo, ¿para qué?, para que trabajemos juntos fantástico; para ir a la casa y decirle

que venga, mándale un mensajero viste, porque nuestra profesión tiene algunos lineamientos que muchos te usan como el mensajero o el che pibe (HOSPITAL 7 TS16).

En fin, como señaló en su Informe Final la investigadora local, existen múltiples disputas y tensiones en la organización del trabajo de atención de las PVVIH. Citamos:

“En el trabajo de campo el servicio de infectología, aparece como un espacio cerrado, con cierta autonomía respecto del resto de los servicios, y con lógicas de funcionamiento, horarios, sistema de turnos y personal con características bien diferenciadas del resto de las áreas de la institución. En infectología, se me relató repetidas veces, por parte de las personas que trabajan allí, los conflictos y las luchas en torno al poder, que existían entre médicos, Servicio Social, voluntarios y personal administrativo. Evidentemente es un área, problemática y compleja, que requiere del trabajo conjunto de diferentes actores y servicios, y muchas veces esa interrelación, no siempre se da armónicamente”.

HOSPITAL 8

En este hospital se entrevistó a una médica clínica (MC1) y una enfermera (E2) que trabajan en la atención de PVVIH, quienes cumplen funciones en el Servicio de Inmunología, en el área de Inmunodeficiencias.

1) TESTEO Y ENTREGA DE RESULTADOS

La médica que atiende en Inmunología (MC1) señaló que actualmente “no estamos haciendo diagnóstico, sino que atendemos ya al paciente diagnosticado”. Y que las extracciones se efectúan habitualmente en “los centros de prevención”.

En los casos de estudios solicitados en el hospital y ante la pregunta sobre la existencia de determinadas pautas a seguir en el caso de los resultados no retirados, algunos entrevistados señalaron que no hay nada pautado institucionalmente. El médico proctólogo dijo: “cada uno hace lo que le parece” (MP6). La enfermera del servicio de inmunología (E02) reconoció que actualmente a esos pacientes se los “pierde” debido a que la población atendida los “supera”. A su vez, recuerda que anteriormente cuando había menos pacientes con VIH-Sida sí se efectuaba el seguimiento:

(...) lo perdemos, nosotros lo perdemos (...) En algún momento ellos hacían ese tipo de seguimientos pero cuando eran muchos menos la población que existe en estos momentos, entonces ellos sí se involucraban, iban hasta su domicilio, podían ver o tratar con familiar, si habían estado hospitalizados o no o si se perdían, pero en este momento es imposible hacer un seguimiento porque nos superan, nos supera la población (HOSPITAL 8 E2).

Otros entrevistados indicaron que la responsabilidad del seguimiento se delega al “Programa Provincial de Sida”. Por ejemplo: “vienen acá [dermatología], se ven, les

dan la indicación y se van, pero no lo siguen, porque consideran que allá en HIV están haciendo eso” (E4).

También en Internación de Clínica:

Cuando viene un paciente con estas condiciones y nosotros hacemos el diagnóstico presuntivo, inmediatamente hacemos participar al Programa Provincial de Sida (...) ellos vienen y analizan la situación de todos nuestros pacientes internados. Entonces ellos si no lo tienen fichado, lo fichan, lo tienen en una hoja y analizan la situación y hacen el seguimiento. Por lo tanto, no es por nada, pero eso es responsabilidad del Programa porque son los especialistas en el área y no lo hacemos nosotros (HOSPITAL 8 MC11).

Esto mismo afirmó la trabajadora social (TS18) quien planteó que ante un resultado reactivo

(...) hay que avisarle a Lita (...) que está en el Programa exclusivamente para eso (...) Entonces al tema de VIH no lo tocamos nosotros para nada. Se detecta y se va inmediatamente al Programa (HOSPITAL 8 TS18).

2) ACCESO Y ATENCIÓN

La consulta ambulatoria se lleva a cabo en los consultorios externos, lugar en donde funciona el Programa Provincial de Sida. Además de la misma, la médica entrevistada (MC1) indicó la existencia de acciones de “investigación y docencia en HIV/Sida” y “también hemos trabajado en programas de adherencia con los pacientes”.

Tanto esta profesional como E2 comentaron estar “superados” por la demanda, provenientes de otros hospitales (...): “ahora con la demanda que tenemos, estamos dando turnos a tres meses prácticamente. Tres, cuatro meses” (MC1).

Se evidencia que luego del diagnóstico VIH+, se efectúa la derivación al Programa Provincial de Sida el cual continúa el seguimiento del paciente tanto en los consultorios externos [Inmunología II] como también realizando visitas a los pacientes internados.

El médico proctólogo (MP6) esbozó la propuesta de crear un consultorio de atención específica de pacientes proctológicos y con VIH. Resulta notoria la fundamentación de la misma, la cual se argumenta a partir de la necesidad de reforzar la bioseguridad de otros pacientes no VIH+:

(...) a lo mejor en el hospital habría que tener un consultorio propio de pacientes proctológicos y HIV (...) y eso habría que organizarlo con el PAPSI. Tener un lugar diferente del hospital Central, con materiales descartables porque el paciente con HIV se acuesta en la misma camilla que el con condilomas, deja las secreciones, hay que cambiarlo todo, entonces hay que ponerlo en bolsas especial, avisar que es material contaminado con HIV. Se puede implementar que todas las patologías de HIV la vea un solo consultorio a tal día, a tal hora, con tal profesional o con un equipo de profesionales que hagan HIV (HOSPITAL 8 MP6).

Sobre el seguimiento de los hijos de madres infectadas, la médica de inmunología señaló la existencia de problemas, recordando un evento reciente:

(...) que se nos pierdan hijos de madres HIV que sin seguimiento o con varias internaciones o que estén internados y que las madres no le hacen los tratamientos, eso sí me parece que es grave (...) De hecho ahora descubrimos una paciente que estaba internada con un hijo que se murió de HIV y que nunca vinieron a la consulta (HOSPITAL 8 MI1).

En el informe final, el investigador local destacó algunos episodios de discriminación relevados en el curso de la investigación. Reproducimos su descripción:

-En la sala de espera de inmunología, Una enfermera arrojó a un basurero los elementos y bebidas que estaban en una heladera de enfermería, debido a que otra enfermera había guardado ahí, una botella con agua de un paciente homosexual con VIH. Este acto fue presenciado y repudiado por personas con VIH (algunos pertenecientes a organizaciones civiles) que esperaban a ser atendidos.

-En Servicio Social se comentó que existían médicos que se negaron a atender a personas por tener VIH.

-Se manifestó en dos oportunidades revelar a terceros el diagnóstico de VIH+ sin consentimiento del paciente. Estos revelamientos fueron de una enfermera al personal de limpieza y el otro de una enfermera a médicos cuando la persona decidió no manifestar su infección. En la primera situación el hecho fue manifestado como la intención de protección de las enfermeras hacia el personal de limpieza, en el segundo fue denunciado como acto de discriminación (citado del Informe Final).

HOSPITAL 9

En esta ciudad se entrevistó al médico infectólogo (MI 10), a la pediatría especializada en infectología (MI 12) a una enfermera (E2), una trabajadora social (TS14), a una psicóloga (P12) y una farmacéutica, todos comprometidos en la atención de PVVIH.

1) TESTEO Y ENTREGA DE RESULTADOS

En este hospital se planteó claramente una implementación sistemática del aconsejamiento pre-test. Distintos profesionales describieron la modalidad implementada que incluye informarle a la persona cómo serán los pasos siguientes e incluso se los notifica que se buscará convocarlos por algún medio en caso de no concurrir.

Nosotros cuando pedimos un análisis de HIV se le hace un pre-test al paciente, se le dice todo lo que puede dar el resultado, quién se lo va a dar, le explicamos todo, y le decimos que el resultado no se lo va a dar a él, se lo vamos a devolver nosotros con la persona que lo entrevistó, que le hizo

el pre-test, y le tomamos el número de teléfono, y la dirección, en lo posible un celular, y un fijo con respecto al teléfono (...) nosotros cuando le hacemos el pre-test a la persona le decimos que si él no se presenta a buscar un resultado del análisis de estas características nosotros lo vamos a buscar ¿por qué? primero porque él tiene que saber que está infectado, para cuidarse él y para cuidar a una persona que tenga contacto con él" (HOSPITAL 9 E2)

(...) el mecanismo que pautamos y que enseñamos a los residentes a hacer, con respecto a la solicitud, es que tiene que haber un asesoramiento previo al test, en que se explique, las limitaciones, las chances que tiene de tener un falso positivo, un falso negativo (HOSPITAL 9 MC6).

Sobre la comunicación del resultado, éste lo efectúa algún médico de los servicios de infectología, clínica médica o medicina general:

(...) nosotros habitualmente cuando tenemos a un paciente con serología reactiva lo citamos nosotros al consultorio de infectología y ahí ya lo manejan los infectólogos (...) yo no estoy capacitado para hacer la explicación que tienen los infectólogos respecto a la enfermedad y cuales son las conductas posteriores (HOSPITAL 9 MH17).

Distintos profesionales reconocieron el problema de los resultados no retirados:

Es terriblemente frecuente. Y donde fallamos. La carpeta de análisis sin retirar de HIV viene creciendo y todos los años debe crecer unos cincuenta análisis que nunca fueron retirados (...) entre ellos, algunos positivos (HOSPITAL 9 MC6).

Cabe señalar que este profesional sugirió que una parte del problema lo constituía la utilización de códigos para la identificación de las personas cuyos resultados son positivos.

(...) lo que ahí hay es un problema, porque el formulario de análisis por la cuestión legal de la confidencialidad no tiene forma de identificar a quién era para ir a buscarlo y ocuparse de ver qué pasó con eso. Es un formulario anónimo (...) el uso del código impide hacer una cuestión revertida de rescatar o recuperar esa consulta perdida. Y lo que nosotros intentamos, desde el mismo momento en que empezó a utilizarse el formulario, es que hubiera una percepción del que pidió el análisis (...) que al problema lo tenía pendiente (HOSPITAL 9 MC6).

En cuanto a los modos establecidos para citar al paciente, se prevé la llamada telefónica y eventualmente concurrir al domicilio, procurando en todo caso proteger la confidencialidad de aquello que ha de comunicarse. En el caso de las embarazadas "Hay una citación real desde los médicos, un seguimiento y si no se diera se hace cargo la justicia (...) dado que en ese caso estamos hablando de un niño en formación, el derecho a la vida que tiene ese bebé y la protección que requiere (TS14).

(...) si el paciente no viene, lo primero que hacemos es contactarlo a través del teléfono. Siempre le preguntamos, '¿el teléfono es tuyo? ¿de quién es?', sabe, si me dice por ejemplo "es un teléfono fijo, pero en mi casa no saben que yo me vengo a hacer un análisis" nosotros le decimos que si llamamos no vamos a decir que llamamos del hospital, nos anotamos todo eso, le decimos que vamos a dejar el nombre, como que somos una amiga (...) si no lo ubicamos por teléfono nos comunicamos con la asistente social, pedimos un vehículo y vamos a buscarlo a la casa (...) y si no, nos contactamos con el centro de salud por intermedio de la asistente social para que lo vaya a ver

y le diga que lo estamos buscando del hospital y que se comuniqué con nosotros, esa es la otra forma (HOSPITAL 9 E2).

Se destaca en el siguiente extracto la incertidumbre en lo referido a la obligatoriedad de la citación y la interpretación de la “ley”.

(...) hemos tenido nosotros acá en el banco de sangre gente que le dio resultado reactivo, se le saca una nueva muestra, se le confirmó y la persona no apareció nunca más. El problema es que también es complicado para nosotros, porque nosotros tenemos que hacer la denuncia de esa enfermedad. Yo no sé si no sería ya algo de ley que haya que ir a buscarlo y comience su tratamiento, porque esa persona puede estar infectando a otros más. Por ahora, tengo entendido, que no se puede obligar por la fuerza para que concurra al hospital (HOSPITAL 9 MH17).

2) ACCESO Y ATENCIÓN

Con relación a la posterior atención, los pasos que siguen se describen en el siguiente extracto:

Lo que hacemos es comentarle de su enfermedad, pautar una próxima entrevista, donde vamos a avanzar sobre los laboratorios, donde le pedimos que no lo informe a la familia hasta que no esté convencido de lo que tiene. Le pedimos que concurra al consultorio que tenemos los miércoles, que es un consultorio que puede ser individual o de grupo, donde aprende a conocer su enfermedad y con qué se va a tener que manejar, ahí se puede concurrir con la hermana, con la abuela, con el mejor amigo, con la pareja, con quien quiera. Y tratamos de verlo próximamente. Esto lo testeamos según vemos al paciente (HOSPITAL 9 MI11).

Se comentó la existencia de un consultorio “multidisciplinario” de asesoramiento en el que “nosotros los educamos en cuanto al tratamiento, cómo tiene que tomar las pastillas, cada cuánto, le enseñamos qué enfermedad tiene, cómo es, cómo es el virus, también en ese consultorio hacemos educación a las familias del paciente”. Ese grupo realiza también tareas de promoción en “escuelas secundarias, escuelas primarias, docentes” (E2).

La Unidad de Infectología tiene a su cargo el seguimiento de “alrededor de 22 chicos con diagnóstico de VIH”:

(...) cuando el chico no viene a la consulta yo lo busco. Lo busco con el sector de Servicio Social, lo busco yo por teléfono, lo buscamos desde el juzgado si no se presenta. Esto no es lo que se hace con adultos. (...) lo último sería el juzgado, pero en niños o en casos familiares, como hay la posibilidad de perjudicar a un niño, lo buscamos con el juzgado (HOSPITAL 9 MI11).

Se comentó asimismo la existencia de un espacio semanal de encuentro entre profesionales, personal de este y otros hospitales y pacientes que sirve de ateneo y para articular acciones preventivas y asistenciales de distinto tipo:

Nos juntamos todos los martes (...) los cuatro infectólogos que funcionamos en este momento el Hospital; médicos generales, (...) como el médico de Centenario, la asistente social, psicóloga, la licenciada en obstetricia, la jefa del sector de Serología... y están invitados referentes de cada

Hospital a presentar los pacientes (...) En esa reunión también participan pacientes, por ejemplo, en este momento que estamos preparando el primero de diciembre que es el día internacional, están participando pacientes que son los que nos ayudan a armar la actividad.(...) Ese espacio de los martes también sirve para saber: ‘no encontré más a tal, ¿lo mandas a buscar vos?’, ‘lo mando a buscar con tal paciente’. Los pacientes también traen a la primer consulta o buscan pacientes que se han perdido (HOSPITAL 9 MI11).

HOSPITAL 10

En este hospital se entrevistó al siguiente personal involucrado en la atención de PVVIH, los dos médicos infectólogos (MI8 y MI11), la enfermera encargada principalmente del control de infecciones intrahospitalarias (E13) y a una trabajadora social a quien se contacta para efectuar los contactos con pacientes (TS12).

1) TESTEO Y ENTREGA DE RESULTADOS

La solicitud del test puede originarse en distintas consultas, incluyendo las efectuadas a médicos de cabecera. Estos pedidos se acompañan del correspondiente consentimiento informado del paciente. Sobre éste se expresaron distintos comentarios:

No lo pedís en forma compulsiva. Conversás con el paciente. Puede haber dos situaciones: que a vos te interese saberlo o que al paciente le interese. Entonces consensuás con el paciente que vas a pedir tal análisis, hablás de las posibilidades de los resultados; en mi caso hablás que el resultado no tiene que asustarte previo a tener el resultado; porque una vez que hacés el análisis puede ser positivo o negativo. Negativo todo bien. Si es positivo tenés que abordar a ese paciente, pero tenés que ver cómo. Es necesario abordar el resultado antes de pedirlo (HOSPITAL 10 MD1).

(...) hay que pedir el consentimiento del paciente. Entonces nosotros cuando vamos a incluir dentro del análisis hacemos firmar una declaración jurada del paciente y un consentimiento, donde el paciente pone sus datos, su firma y su documento. Eso es una ficha epidemiológica que es confidencial y después hacemos una orden para laboratorio donde se pide, específicamente. Y hay una ficha epidemiológica donde se ven los antecedentes y donde, si hay conformidad con el paciente, el paciente te va a relatar algunos antecedentes que pueden aumentar la probabilidad de tener HIV o no, por ejemplo si es un paciente que dentro de la ficha está si consume drogas, tiene una vida promiscua, entonces tiene una mayor probabilidad o si en el interrogatorio surge que él tiene ese tipo de vida, yo le propongo que se haga un HIV (HOSPITAL 10 MC6).

Nótese en el último extracto la mención no sólo del consentimiento, sino también de una declaración jurada del paciente y una ficha epidemiológica, todos documentos que se conforman antes de la confección de la orden para la realización del test.

Sobre resultados reactivos no retirados, “no hay algo pautado” en el hospital, y se resuelve según “el criterio médico” (TS12). Así, la trabajadora social afirmó: “A mí me llega recién cuando el médico me informa que quiere contactarse con este paciente (TS12). Diversos entrevistados (MC6, E13, A4, MU17) confirmaron que se recurre al

servicio social para que ubique y convoque a los pacientes. La modalidad que se adopta es: “no se manda citación en este tipo de problemática, generalmente, se acerca, vamos (TS12).

Cabe remarcar el señalamiento efectuado por una enfermera (E15) sobre la cuestión de preservación del anonimato de los diagnósticos de Laboratorio. Lo adjudica al desempeño de personas “que no pertenecen al hospital” en el manejo de las historias clínicas y refiere a un momento pasado. Adjudica a esta causa el hecho de aquel “muchacha gente” “tiene miedo de hacerse los análisis en el hospital”:

El laboratorio hace el diagnóstico. Tiene el resultado, tiene que llamarlo de cualquier manera. Pero yo no me voy a enterar porque tiene que ser anónimo. Pero no se cumple.

P: ¿No se cumple el anonimato?

R: Y hay mucha gente que tiene miedo por ahí que tiene miedo de hacerse los análisis en el hospital porque... [no se entiende] eso es una cosa que falla.

P: ¿Porque se entera todo el mundo?

R: Ahora no sé cómo será, pero cuando yo estaba antes en la guardia, había mucha gente de los Planes que trabajaban y que manejaban las historias clínicas, cosa con la que yo estaba totalmente en desacuerdo, porque no tiene por qué manejar historia clínica gente que no pertenece al hospital (HOSPITAL 10 E15).

2) ACCESO Y ATENCIÓN

La atención de los pacientes VIH-Sida se centraliza en el consultorio de infectología. Algunos entrevistados destacaron el problema de la falta concurrencia de los pacientes a la consulta:

(...) damos aviso al servicio social mediante nota o llamado telefónico interno decís ‘mirá, fulano de tal, el paciente así y así, historia clínica tanto que nos vino con un HIV positivo y hace dos meses que no aparece’ (HOSPITAL 10 MU17).

Sé por el control médico infectológico que los siguen mucho. No los dejan librado al azar, puede haber algún caso, puede haber... de hecho desaparecen y los comentarios de los médicos que se ocupan de eso dicen ‘no vino más fulanito de tal, desapareció del mapa, lo hemos llamado’ (...) (HOSPITAL 10 E13).

La trabajadora social destacó el problema de la falta de control o seguimiento de los pacientes, adjudicándolo a la falta de trabajo “como equipo”, indicando la mayor convocatoria frente a la gestión de diversos recursos sociales.

En este momento como está la posibilidad de una pensión, de alguna ayuda social, muchas veces la gente ya sola se acerca, o sea, es raro que no se acerque, por ahí no se acerca para los controles, pero para un tipo de ayuda... (...) No todo me llega a mí, por esto que estoy sola y que, por ahí, hay gente que retira los medicamentos y no estamos seguros si los toma, hay gente que no los retira. Yo creo que todavía, yo hace poco, pocos meses, que estoy en esto, de este programa pero me parece que nos tendríamos que involucrar mucho mas como equipo (HOSPITAL 10 TS12).

Esta misma profesional denunció en ocasión de su entrevista las malas condiciones de las cajas de alimentos provistos por “el Ministerio”.

En este programa de VIH, que es el que da los medicamentos a las personas y una alimentación que viene del Ministerio, que es vergonzosa en las condiciones que viene (...) la caja y los alimentos son, realmente buenos, viene de todo pero, siempre vienen vencidos... y lo digo porque se levantó un acta con bromatología (...) han estado guardados, no sé dónde, porque en las condiciones en que vinieron es lamentable y se tuvieron que devolver. Y todavía no vinieron las nuevas. (...) la municipalidad ha respondido pero no son los mismos alimentos, porque son específicos, vitaminas” (HOSPITAL 10 TS12)

HOSPITAL 11

En este hospital se entrevistó a los siguientes profesionales vinculados a la atención de personas con VIH: el jefe del servicio (MC17), un médico infectólogo (MI8), un psicólogo (P9) y una farmacéutica (F14).

1) TESTEO Y ENTREGA DE RESULTADOS

Las entrevistas efectuadas a personal de salud en este hospital son extremadamente escuetas, por lo cual apenas ha sido posible las trayectorias de la atención. No encontramos datos sobre las modalidades de realización de los testeos. Sobre los resultados reactivos no retirados, en particular “los diagnósticos incidentales o casuales de pacientes que no vuelven a la consulta por miedo, negación o renegación de la enfermedad” se afirmó: “queda perdido eso, está mal, pero queda perdido” (MC15).

El director del Centro comentó que, aunque no son muchos los casos, “lo que habría que hacer obviamente es buscarlo al paciente”, pero señaló a la vez que “eso es algo que no está hecho en los Hospitales públicos. Los hospitales trabajan bajo la demanda, el que no viene no existe, salvo los servicios que están organizados para contención de los pacientes (...) no tenemos un sistema organizado para la búsqueda de pacientes en esa situación” (M17).

La modalidad implementada en el servicio de Hemoterapia es la siguiente: “si tiene un dador que viene y le da el test positivo lo citan. Lo citan por carta que se presente. No se le dice en la carta por supuesto pero se lo cita al Hospital” (E2). La extraccionista del Laboratorio (T7) señaló la obligatoriedad de la citación; dijo: hay que “comunicarse con la persona que vino a hacerse el análisis y le dio positivo, así esté donde esté”. Agregó:

(...) nos ha pasado un caso, la persona era de otro lado, vino a donar sangre, se hizo el estudio, le dio positivo y la esposa, que estaban separados, me comentó qué pasaba. Le digo lo primero que van a hacer es comunicarse con él (...) A ella no le dijeron que era positivo, le dijeron que debía volver porque había un problema en su resultado (HOSPITAL 11 T7).

2) ACCESO Y ATENCIÓN

Los pacientes acceden a la atención por diversas vías: “siempre a través de la guardia o de los consultorios de atención de VIH o de servicio de infectología, sala de internación, gineco, y pediatría. Han surgido casos de pediatría” (HOSPITAL 11 TS1). También se menciona la derivación desde centros de atención primaria.

La atención se concentra en el Centro de Atención de Pacientes VIH. El director de este espacio (MC17) describió la modalidad de la atención tanto a demanda espontánea como mediante asignación de turnos y la articulación con la Farmacia para el control de adherencia de los pacientes. A su vez, destacó el abordaje interdisciplinario del equipo, el cual cuenta con integrantes de los servicios de Trabajo social, Clínica médica, Infectología y Salud mental:

Nosotros pusimos un sistema, un poco por la experiencia que hemos acumulado en estos años (...) Y después empezó a agregarse gente joven (...) se fue agregando otra gente y armamos un grupito interdisciplinario. Nosotros atendemos a los pacientes con turno pero también a demanda, no dejamos de atender nunca a ningún paciente, a costa de que uno se tenga que quedar a veces más horas. Pero lo hacemos teniendo en cuenta la característica de nuestra pacientela, atendemos mucha gente de la zona centro, del macro centro, pero también de las zonas periféricas, más marginales. Atendemos a población carcelaria, nos viene muchas veces en el momento sin ningún tipo de turnos, es decir eso va en contra a lo mejor de nuestro orden, pero a favor de los pacientes que todos sabemos que una changuita de un paciente hace que no venga el día que tenía el turno y que después se pierda y que no tome el tratamiento. Con la incorporación de la farmacia tenemos mejor control, tenemos un ida y vuelta de todos los días porque ahí HOSPITAL 12 el paciente que viene tardíamente, que no tiene la adherencia adecuada. Y con los trabajadores sociales trabajando dentro prácticamente, en contacto con nosotros, diría que es un ida y vuelta también muy fructífero para nosotros y para el paciente. Para nosotros porque hay una serie de papeleo y cosas burocráticas que las hacen ellas y también tienen una tercera visión de que esta pasando con el paciente, conocen perfectamente quién es, dónde vive, la interna que por ahí el paciente no lo cuenta mucho (HOSPITAL 11 M17).

El director del Centro de Atención de Pacientes con VIH (MC17) mencionó algunas dificultades:

1. El problema de los diagnósticos tardíos:

Donde tenemos problemas, que no es problemas del Centro en sí, problemas de diagnóstico tardío. Ahí sí el paciente que viene con complicaciones severas se interna y una parte de ellos se muere porque obviamente los tratamientos a esa altura no son eficaces (HOSPITAL 11 MC17).

2. Problemas en la realización de CD4 y cargas virales:

CD4 y carga viral estamos en este momento en un problema. El centro de tecnología que es donde hacemos nosotros los análisis fue uno de los primeros lugares donde se hizo CD4 y carga viral en lugares públicos en Argentina pero desde que se rompió el citómetro la muestra va a (...). Eso hace

que un CD4 que uno lo podía tener en 24, 48 horas y podía resolver una situación clave para el paciente, no lo tengamos. Por otra parte, la carga viral, que sé que en este momento está en solución o está en vías de solución, eh... la burocracia de tener que hacer la solicitud, de tener que ser aceptada, de citar al paciente y esperar la devolución, hace que ningún paciente nuestro tenga más de dos cargas virales por año y la mayoría tiene apenas una. Y eso creo que en parte está explicado por esto, porque yo también atiende pacientes de obras sociales donde todos los pacientes o la inmensa mayoría tienen sus tres cargas virales por año, que está dentro del estándar de seguimiento que tenemos de los pacientes (HOSPITAL 11 MC17).

HOSPITAL 12

En este Hospital se entrevistó a los siguientes profesionales vinculados con la atención de PVVIH: dos médicos infectólogos (MI11 y MI9), una médica dermatóloga (MD17), una psicóloga (P8) y una enfermera (E6). Las entrevistas realizadas no permiten captar los ítems especificados dado que las preguntas fueron escasamente respondidas en algunos casos y en otros no se repreguntó.

La estructura edilicia aparece como un problema para la atención de ITS-VIH ya que los consultorios se encuentran en un pabellón con techo de más tres metros de altura y con divisores que apenas llegan a los dos metros. De este modo, cada ambiente designado como consultorio médico, de enfermería y/o secretaría se comunican por arriba. A ello se suma que las puertas no se cierran por completo. Así la estructura no permite garantizar la privacidad requerida para la atención.

1) TESTEO Y ENTREGA DE RESULTADOS

Sobre esta cuestión el médico infectólogo planteó que desconoce si “hay algo pautado” con respecto a la devolución de resultados no retirados, aun reconociendo su existencia: “si vos ves una carpeta, hay diagnósticos del 2007” (MI11). Sólo añadió que es “más probable” que se cite a un paciente que se fue de internación que a alguien que concurrió a laboratorio en forma ambulatoria porque en el primer caso se registra el domicilio y en el segundo no siempre. En los casos de internación “lo citamos por servicio social, llamamos por teléfono o la policía lo va a buscar”.

Por su parte, la médica infectóloga afirmó: “Si yo tengo un diagnóstico en mis manos creo que habría que citarlo por medio de servicio social para ponerlo en conocimiento” (MI9), lo mismo que una enfermera (E6) y la médica dermatóloga:

(...) habría que salir a buscar al paciente, justamente para eso tendría que estar una de las... una de las funciones de Servicio Social (...) encargarse de buscar, de localizar a esa persona, llamarla e invitarla a que venga al hospital (HOSPITAL 12 MD17).

Pero luego esta misma profesional dijo desconocer cómo funciona el Servicio Social:

Yo ni siquiera sé, como está el servicio... el Servicio Social, (...) antes cuando estaba bien organizado todo esto, yo mandaba pacientes (...), ellos se ocupaban, se ocupaban de salir con la policía a buscar los contactos, maravilloso. Y se acabó eso, se terminó (HOSPITAL 12 MD17).

La enfermera señaló que “no cree” que se esté citando a los pacientes y la psicóloga confirmó:

Queda ahí, queda el resultado y no sé cómo se manejan los que están haciendo Laboratorio, creo que si es un caso de transfusión sí se le comunica que tiene que venir al hospital a repetirse la prueba, algo así; pero si es alguien que viene y no retiró, los resultados quedan ahí. Entonces, hasta que no vuelva por una internación en general o por otra cosa no se puede comparar los datos (HOSPITAL 12 P8).

Esta última entrevistada habló de la ausencia de consejería y la necesidad de instalar un espacio en el hospital:

gente habría, capacitada y especializada; pero estamos insistiendo que sea con algún tipo de financiamiento porque obviamente gratuito...Es que gratuito y voluntariado en esta época lo tenés por poco tiempo lamentablemente. Entonces no estamos logrando definir eso como prioritario (...) no sólo para VIH (...) una consejería pre test, post test y una consejería para todo tipo de información (...) Y yo creo que en ese caso la consejería sí puede articular con un voluntariado para de alguna forma tratar de reubicar a estos pacientes que no regresaron (HOSPITAL 12 P8).

2) ACCESO Y ATENCIÓN

Los entrevistados refirieron la existencia de un consultorio y un sector de internación de ITS y VIH. En las entrevistas registramos poca información sobre el circuito de atención de los pacientes pero sí se expresaron eventos de discriminación al interior de la institución referidos principalmente a la negativa a atender por parte de ciertos profesionales. Citamos:

No sé, porque te digo, el 90% por el solo hecho de ser homosexual, ya lo definen y lo mandan al consultorio que tenemos, como estamos en un area bien marcada (...) creo que antes era peor, ahora ya esta más... light. Te doy un ejemplo, el dentista te manda a vos autorización para sacarle una muela. Quién mejor que él sabe cómo sacar una muela. “Autorizo a sacar la muela porque su carga viral...”, la semana pasada pasó esto (HOSPITAL 12 MI11).

Yo como soy dermatóloga también, yo atiendo todas las ETS que vienen, sífilis, blenorragia, HPV, lo que fuese, y veo también la piel de los pacientes con HIV. Sí, porque a pesar de que tenemos el servicio más grande de dermatología en nuestro hospital, no los quieren ver a los pacientes HIV (...) es como que es HIV y no lo tocan, no vaya a ser que me contagie de tocarlo. (...) Mínima información tenes que tener, no podés ser tan... sí la tienen pero no la razonan. La hepatitis B o C es muchísima más contagiosa que el HIV, tranquilos lo tratan, le hacen la biopsia. Basta que diga un paciente HIV que no le hagan nada (...) No sé si últimamente habrán hecho alguna o no, yo tenía dos o tres biopsias antes de irme de licencia, hice dos quedó una ahí en el tintero y bueno, pero yo me iba de licencia y no sé qué paso, incluso como yo necesitaba hacer esa biopsia había pedido permiso en piel para hacerla... le pedí a ellos que la hagan, me han dicho que no; que yo vaya a hacerla ahí, pero me ponían un día especial, un horario especial y todas las cosas para que yo lo haga en ese momento, antes que ellos atiendan, porque la caja... por favor. (...) los termino viendo

yo, es decir ya para evitar problemas, los veo yo, incluso cuando hay que hacerles alguna biopsia las hago ahí; pero si hay que sacarle alguna lesión o algo, como no tengo con qué, los hago ir a mi consultorio privado, no les cobro obviamente porque son del hospital, y les saco las lesiones ahí (HOSPITAL 12 MD 17).

Yo creo que sería necesario en toda la rama de la salud, de entender que el paciente HIV no es un paciente que debe ser discriminado o separado del resto (...) puede ser internado en cualquier sala. Yo creo que, no tanto la infectología, porque nosotros vemos esto todos los días y nos acostumbramos a esto, pero por ahí otras especialidades notamos la tirantez (HOSPITAL 12 MI9).

HOSPITAL 13

Se entrevistó en este Hospital a una enfermera (E3), a la administrativa (A5), a una médica clínica (MC6) que trabajan en infectología. También a la bioquímica que hace “la parte de HIV” en el Laboratorio (B14) y a una farmacéutica que trabaja en salas y que participa en la entrega de medicamentos a pacientes internados (F10).

1) TESTEO Y ENTREGA DE RESULTADOS

El Laboratorio del hospital no efectúa los tests confirmatorios. Según afirmó la bioquímica: “nosotros no buscamos a los pacientes porque (...) con el análisis que yo hago no se puede dar un resultado positivo o sea hay que hacer otros análisis que nosotros no lo hacemos” (B14). En esos casos, especificó el circuito: “yo lo envío a ETS para que hagan el confirmatorio”.

La médica (MC6) que trabaja en Infectología señaló dificultades en el circuito que sigue la información desde el Laboratorio:

(...) supongamos que haya habido un positivo, del Laboratorio de acá nos avisan, es decir si se ha hecho el informe acá, de alguna forma nos dicen (...) pero no del total que se revisan, porque en este momento, yo creo que es un test que se realiza muy frecuentemente (...) entonces hay resultados que, por ahí, uno desconoce quién ha pedido y dónde vive (HOSPITAL 10 MC6).

Esta profesional dijo también que en ocasiones directamente “mandan” a los pacientes al Laboratorio de Referencia de la ciudad “porque (...) allí tienen la posibilidad de asesoramiento o sea refuerza lo que uno ha conversado o aconsejado”, allí tienen “buen registro” e “incluso pueden rastrear a los pacientes de vuelta porque se dedican específicamente al tema” (MC6).

Ante resultados positivos no retirados en el Laboratorio del Hospital, el servicio de infectología informa al Programa Provincial de VIH-Sida el código del paciente que no retiró, para luego desvincularse del seguimiento:

(...) por ahora nosotros no tenemos el sistema de detección que parta desde acá pero sí se informa, se informa al programa de VIH que ha sido atendido una persona con el código que corresponde y bueno, yo creo que el programa dispone de esa situación (HOSPITAL 13 E3).

Sin embargo, esta modalidad no es reconocida por los restantes profesionales entrevistados. Un médico clínico (MC8) y la dermatóloga (MD13) dijeron desconocer la respuesta institucional ante un resultado positivo no retirado. En el siguiente extracto el primero describe el modo en que se solicita en “una pequeña hojita”:

La diferencia es que VIH tiene un consentimiento separado, además de dar el pedido del laboratorio con los datos del paciente se hace una pequeña hojita en donde están los datos del paciente con códigos y la dirección y el teléfono del paciente. Lo que no sé si se contacta (HOSPITAL 10 MC8).

La dermatóloga 13 manifestó que los tests VIH que ella solicita, en caso de ser positivos, no regresan a su consulta: “yo nunca me los reencuentro” y en el caso de hacerlo, se produce luego de un tiempo prolongado y con el paciente ya efectuando el tratamiento. Esta profesional dijo además desconocer el circuito de atención de estos pacientes en el hospital: “no tengo ni idea” (MD13).

2) ACCESO Y ATENCIÓN

El “servicio” de infectología “abarca infectología general” e incluye la atención bajo programa de pacientes con VIH-Sida. El consultorio atiende dos veces por semana por la mañana y desde allí se centraliza “los pedidos de tratamientos que correspondan, los pedidos de carga viral, de CD4, mirar los informes que llegan, hacerles las historias clínicas para que puedan tramitar las pensiones no contributivas” (MC6) y “se hace todo el seguimiento del tratamiento” (E3).

CONCLUSIONES

En la descripción de la gestión del circuito del testeo y de algunas características de la atención se pusieron de manifiesto diversas problemáticas con relación a:

- La oferta de testeo y el consentimiento informado como problema o impedimento
- La implementación de formularios para el pedido de testeo conteniendo antecedentes del paciente (HOSPITAL 3, HOSPITAL 1)
- El establecimiento de días especiales para la atención en Laboratorio (HOSPITAL 1).
- El problema de las filtraciones o brechas en la confidencialidad de los diagnósticos en distintos momentos del circuito (HOSPITAL 10, HOSPITAL 1, HOSPITAL 3).

- La variabilidad de los circuitos de devolución de resultados aun en un mismo hospital.
- Las modalidades de citación (radio, citación personal, centros de salud, juzgado en el caso de niños).
- La comprensión de la obligatoriedad/no obligatoriedad de la citación de los pacientes que no concurren a retirar resultados.
- Las discrepancias sobre el papel y la labor de los trabajadores sociales en la convocatoria a los pacientes.
- La codificación como obstáculo en la búsqueda de pacientes con resultados VIH positivos.
- La acumulación de resultados positivos no retirados.
- La “pérdida” de pacientes en la gestión de turnos en Laboratorio.
- La escasa mención de las consejerías.
- La variabilidad en la organización de los equipos de atención, acuerdos y desacuerdos:
 - organización de turnos,
 - condiciones edilicias,
 - el trabajo integrado con Servicio Social, Farmacia y Laboratorio,
 - el papel de los voluntarios (HOSPITAL 7).
- Discriminación: eventos y prácticas discriminatorias incluido el rechazo médico a atender o internar (HOSPITAL 12, HOSPITAL 8, HOSPITAL 6)

En esta integración descriptiva, destacamos más largamente dos cuestiones:

- La diversidad en las valoraciones expresadas por algunos profesionales sobre el respeto de la decisión/voluntad del paciente y la responsabilidad implicada en la tarea y el alcance de la comunicación del resultado. En el HOSPITAL 2, por ejemplo, la decisión de no citar al paciente que no concurre a retirar el resultado se asocia a un énfasis explícito en la responsabilidad institucional del trabajo de información y asesoramiento previo en la consejería pretest. En cambio, en otros efectores (HOSPITAL 4, HOSPITAL 10, HOSPITAL 5, entre otros) se efectúa la citación por diversos medios, ubicando en algunos casos la responsabilidad institucional en una obligación legal de comunicar. Cabe asociar esta noción de obligación legal a otras valoraciones

expresadas sobre la obligación legal a comunicar un diagnóstico VIH positivo a familiares y al personal de salud.

Yo sabía de una persona que no querían que le digan a la pareja que tenía HIV. Pero por otro lado sé que hay una ley que está obligado el médico a decirlo al familiar. Porque tiene que prevenir como si tuviera tuberculosis (HOSPITAL 1 E14).

(...) la única diferencia, el tema de avisar al personal pero esto es por ley y es comentar simplemente por el tema del cuidado (HOSPITAL 1 MU17).

- La variabilidad en la interpretación de las normativas vigentes y la visión de su implementación como obstáculo en la gestión de la atención. Esta variabilidad está implicada, por ejemplo, en la valoración y crítica de la práctica de aplicación del consentimiento informado, “una formalidad” por la que “la mayoría de los pacientes, confían lo leen, lo firman y listo” (HOSPITAL 6 MI6) en la visión de un médico infectólogo; un obstáculo para la implementación de un testeo más sistemático en los siguientes extractos:

Cuando se hace un análisis de sangre, tiene que estar en la rutina como cualquier otro y que el médico no tiene que andar pidiendo autorización... para se lo hago, no se lo hago. En realidad le estás salvando la vida, yo creo que hay que hacerlo como parte de una rutina, porque todavía mucho protocolo, mucho que tapar el nombre, hoy en día me parece que tiene que ser una rutina, a como están los tiempos, una rutina y chau (HOSPITAL 7 MD15).

(...) habitualmente no se pide [test VIH] de rutina por una cuestión de ley, entonces al no pedirlo de rutina, salvo que venga el paciente específicamente a pedírtelo, cosa que es muy esporádica, en todo el año podés tener uno o dos pacientes, nada más que te piden eso, entonces prácticamente no tenés (...) yo creo que hoy en día se tendría que hacer de rutina el HIV” (HOSPITAL 6 MU14).

Mire, el tema del HIV, para mí, es una cosa, este... particular, porque eh... sé que para solicitar el examen del HIV se necesita la firma y la autorización del paciente. Ahora, le voy a hacer un comentario al margen, eh de esta entrevista, no cierto, que nada tiene que ver con su entrevista; lo que no comprendo es lo siguiente: por qué en los certificados prenupciales se exige el examen de VDRL para el diagnóstico de la sífilis, que no es una cosa común actualmente, y no se solicita el HIV que es tan común (HOSPITAL 2 MU8).

Resulta interesante remarcar la concepción de rutina implicada en este como en otros tramos de las entrevistas y que lleva implícita la idea de dispositivo estandarizado, de corrección del criterio estrictamente médico y la consideración como obstáculo o barrera o impedimento de la atención al punto de vista o interés del paciente.

LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DE LAS ITS

Este punto fue incluido expresamente en el protocolo de las entrevistas. Aparece específicamente indagado en las preguntas del Bloque E:

- ¿Cuál es el circuito de atención de pacientes ITS en este hospital?,
- ¿Con qué frecuencia atiende personas con ITS?,
- ¿Cuáles son las ITS que ve con mayor frecuencia cuando atiende a personas homosexuales? ¿Nota diferencias en relación con las ITS que diagnostica a otras personas?,
- ¿Surgen temas en la consulta cuando se diagnostica una ITS? ¿Cuáles? (consejos, recomendaciones, etc.)

Esta presentación reconstruye tal circuito a partir de las respuestas de los entrevistados, recogiendo algunos datos adicionales con relación a los Bloques de preguntas C y D además de algunos otros consignados en los Informes Finales de los investigadores locales. Cabe señalar lo despasejo de los relevamientos efectuadas, la ausencia de repreguntas a algunos tópicos que resultaron confusos y la escasa indagación sobre consejos y recomendaciones en la consulta.

Se organiza sobre la base de los siguientes ejes:

- Vías de entrada
- Atención y derivaciones
- Otros aspectos en la atención
- Principales ITS

HOSPITAL 1

1) VÍAS DE ENTRADA

En las distintas respuestas se evidenció la posibilidad de diversas vías de ingreso al circuito ITS. Los entrevistados mencionaron principalmente

-la guardia (TS1, MD12, MU17),

-el consultorio ITS (TS1, MD12, MU17),

-infectología (TS1, MD12, M13) y

-ginecología (MD12, MU17).

-urología (MU17)

-clínica médica (MU17).

La mayoría de ITS vienen por la guardia o consultan al ginecólogo o al urólogo, rara vez van al clínico, pero la mayoría de las veces ése es el punto por donde ingresan y a partir de ahí se derivan al consultorio de ITS (...) Es de demanda espontánea para que el paciente tenga rápido acceso al consultorio (HOSPITAL 1 MU17).

El médico residente de cirugía (MCI13) mencionó también la derivación que se efectúa desde los centros de salud.

2) ATENCIÓN Y DERIVACIONES

En este hospital existe desde hace “un año y medio” (MD12) un consultorio de ITS, atendido por médicas generalistas con la modalidad de demanda espontánea, dos veces por semana, de 14 a 16 horas. Este consultorio centraliza tanto la demanda espontánea como la mayor parte de las derivaciones provenientes de otros servicios. Además del consultorio de ITS, Infectología también recibe derivaciones de otros servicios:

Hay un consultorio para enfermedades de transmisión sexual y que lo maneja otro profesional y además está el consultorio de infectología que se maneja entre el médico tratante y lo derivás (HOSPITAL 1 MC7).

La infectóloga (MI3) manifestó que actualmente el consultorio de ITS funciona de un modo “separado” del programa de VIH-Sida:

(...) es un consultorio que depende de la Dirección y no está incorporado en el programa de HIV-Sida (...) es una cosa así como separada (...) no es un paquete, no está dentro del programa como estaba el anterior [consultorio] (MI3).

A su vez, la dermatóloga (MD12) señaló que las demandas de pacientes con ITS pueden también resolverse en la misma guardia, en su consultorio de dermatología y en ginecología:

En general, si van a la guardia lo ve la gente de guardia, si es muy agudo creo que resuelven ellos y si no lo mandan a mi consultorio o a infectología. Y en este momento que hace un año y medio que está el consultorio de consultoría a veces la primer consulta por una cuestión de horario también está ahí y después infectología (...) en ginecología también es un consultorio donde se puede detectar, pero no tengo tanta interconsulta porque resuelve ginecología así que por ahí casos de secreción vaginal o lesiones vaginales las ven más gineco (HOSPITAL 1 MD12).

3) OTROS ASPECTOS

Trato diferencial VIH-ITS como forma de discriminación

La bioquímica (B11) señaló que el trato diferencial que reciben los pacientes con VIH “provocado un poco con esta ley” de Sida con relación a los que padecen patologías de transmisión sexual como la hepatitis B, ha producido una diferenciación que genera paradójicamente aun más discriminación:

Yo no haría diferencia entre el VIH y las ITS. Me parece que se discrimina más de esta manera haciendo una diferencia, son todas iguales. Me parece que con el VIH se hace una diferenciación demasiado marcada y esto hace que discrimine más (...) porque vos decís a una persona tenés hepatitis B y la persona y la persona (hace un gesto como que no le pasa nada) en cambio decís tenés VIH y parece que el mundo se les terminó. Me parece que esto lo hemos provocado un poco con esta ley en la que se trata diferente a una persona que tiene hepatitis B de la que tiene VIH que se contagia de la misma manera, de la misma manera (...) Un trato diferente, y eso yo no lo veo positivo, no lo veo positivo, porque me parece que discrimina más, tratan a la enfermedad como un enfermedad diferente de transmisión sexual (HOSPITAL 1 B11)

4) PRINCIPALES ITS

En lo que respecta a las principales ITS que se atienden en este hospital, la información registrada en las entrevistas es escasa. No obstante, a partir de lo manifestado, pudimos identificar aquellas que se presentarían con mayor frecuencia: el VIH-Sida⁵, que se mencionó en un número importante de entrevistas (MC4, MD12, E6, E9, E15) y la sífilis (MD12, E9, E14, E15). Otras ITS señaladas en menor medida fueron la uretritis gonocócica (o gonorrea) y no gonocócica (MD12, MU17), la hepatitis B (E15) y la clamidia (MD12). También se hizo referencia a otras afecciones que no fueron identificadas con un diagnóstico específico, como por ejemplo “infecciones urinarias recurrentes” (MI3) y “secreción uretral” (MD12).

Con respecto a la sífilis, la médica dermatóloga (MD12) manifestó haber observado una mayor incidencia de casos en los últimos años, lo cual coincide con lo señalado por entrevistados de otros efectores.⁶

En cuanto a las particularidades que podrían presentar las ITS en los pacientes homo y bisexuales, la mayor parte de los entrevistados sostuvo que no hay diferencias o sólo diferencias menores. Algunos aclararon que al contar con escasa experiencia en la atención de estos pacientes no tenían suficiente información para responder a esa pregunta (MC4, MC7, MC8). En particular, la médica generalista (MC4) que trabaja en

⁵ Incorporamos aquí el VIH-Sida ya que fue incluido entre las “principales ITS” por los propios entrevistados.

⁶ Como se verá más adelante, esta observación respecto de un mayor número de casos de sífilis también fue efectuada por entrevistados de los efectores de HOSPITAL 3, HOSPITAL 4 y HOSPITAL 11.

el Consultorio de ITS habló de la escasa demanda de pacientes homo y bisexuales en ese consultorio y lo atribuyó a situaciones de discriminación y a dificultades en el acceso a la consulta:

R: Este grupo de pacientes tampoco son de consultar mucho, partamos de ahí (...) Yo creo que no vienen, o sea les cuesta mucho llegar al hospital, eso es así (...) por esta misma discriminación (...)

P: Y en cuanto a las ITS que vienen a tu consultorio ¿(...) creés que está en relación a la orientación sexual... o no hay mucha diferencia con los hetero o los bisexuales?

R: Eh, no, no hay mucha diferencia. Lo que pasa es que por ahí no vienen tantos homosexuales (...) no consultan mucho, por la accesibilidad (HOSPITAL 1 MC4).

Por su parte, la médica dermatóloga respondió a la pregunta sobre las particularidades de las ITS en homo y bisexuales diciendo que la mayor parte de los pacientes que se atienden por ITS “es hétero”, aunque aclaró que para el caso del VIH “te diría que [es] 50% y 50%” (MD12).

Por último, en lo que respecta a las ITS más frecuentes en pacientes travestis, las entrevistas contienen muy escasa información ya que casi ningún entrevistado dijo tener experiencia en la atención de estos pacientes. Los pocos que sí dijeron tenerla mencionaron principalmente el VIH (MI3, MC4, E14).

El médico urólogo (MU17) destacó la mayor frecuencia de ITS en la población joven:

(...) yo veo que la generación que le sigue a la mía no se cuida y de hecho lo vemos mucho acá en consultorio, tenemos pacientes con tres ITS y a la tercera sentarlo y preguntarle, perdón por lo que voy a decir en la entrevista, preguntarle si era boludo, porque le digo que te pesques una por desconocimiento, que te pesques dos, que te pesques tres, sos un estúpido (HOSPITAL 1 MU17)

HOSPITAL 2

1) VÍAS DE ENTRADA

Los entrevistados no pusieron de manifiesto la existencia de un circuito pre-establecido para la atención de las ITS. Lo señalado es el ingreso solicitando turno en consultorios externos, principalmente Clínica Médica, o bien por Guardia (que deriva a su vez a consultorios externos). También se indicó el ingreso por Promoción y Protección (solicitud de Libreta Sanitaria) o por Ginecología y Obstetricia. Es posible que en esas primeras consultas se solicite las primeras pruebas de laboratorio.

2) ATENCIÓN Y DERIVACIONES

En cuanto a la derivación a especialistas, el consultorio de Infectología fue la opción más mencionada (9 menciones). Así, se afirmó,

- “desde el tiempo que pusieron Infectología acá se atiende todo lo que sea infecciones” (HOSPITAL 2 E13),
- “en un control de salud, le piden una VDRL, le da positivo y la mandan para acá [Infectología] (HOSPITAL 2 MI10).

El segundo consultorio más mencionado fue Dermatología (5 menciones) y luego, en menor medida, Tocoginecología, Urología y Proctología. En estas respuestas se expresó el criterio de que las derivaciones se efectúan según las particularidades de cada especialidad médica a la cual “pertenerían” (MU8) las distintas patologías:

Muchas veces enfermedades de transmisión sexual pertenecen a Dermatología pero generalmente vienen aquí a Urología y nosotros le indicamos el tratamiento (HOSPITAL 2 MU8),

las sífilis (...) algunas uretritis quizás las agarra dermato (HOSPITAL 2 MI10),

los condilomas van a biopsia y cirugía (HOSPITAL 2 MP15),

si es mujer, por la parte ginecológica (HOSPITAL 2 MC3).

Esta diversidad fue expresada por una enfermera, a quien transcribimos a continuación, como una cierta “disgregación de las especialidades”. Esta profesional sostuvo la corrección de la derivación a Infectología:

(...) hay como una disgregación, digamos, de las especialidades. Si yo soy médica clínica y tengo un enfermo, detecto un tipo, yo mando, yo hago los estudios, lo mando al laboratorio y lo trato yo, cuando en realidad si yo hiciera, me organizara, lo mandaría como interconsulta con infectología. Porque además de la enfermedad de transmisión sexual, puede tener otra cosa que el infectólogo lo ve, que por ahí no lo tiene claro el clínico. Esto creo... y a veces nos pasa también que el paciente se fue de alta, llegaron los estudios después (HOSPITAL 2 E14).

Esta distribución diferencial de la atención de pacientes con ITS se reveló en la evidente discordancia en las respuestas referidas a la frecuencia de casos. Por un lado, la enfermera encargada de control de infecciones señaló la gran cantidad de pacientes con ITS: “Es un gran problema ahora. (...) las enfermedades de transmisión sexual (...) hay muchísimos” (HOSPITAL 2 E14). Por el otro, el médico urólogo dijo: “ahora se ven menos enfermedades de transmisión sexual” (HOSPITAL 2 MU8), lo mismo que el dermatólogo, quien afirmó: “Lo que te puedo decir es que nosotros estamos viendo menos enfermedad de transmisión sexual que en otra época, no sé por qué” (HOSPITAL 2 MD16).

3) OTROS ASPECTOS

Recomendaciones en la consulta

Se registran pocos tramos relativos a las recomendaciones que se efectúan a los afectados en tratamiento: se mencionó el abstenerse de mantener relaciones sexuales

y el control de la(s) pareja(s). No se incluyó en ningún caso la indicación de uso de preservativos.

(...) la abstinencia sexual, sea cual sea la sexualidad, y sobre todo hacer hincapié que consulte la o las parejas sexuales (HOSPITAL 2 MP15)

En general se incita o se recomienda a que mande a su pareja para poder hacer el seguimiento, el estudio y si se necesita, el tratamiento. (...) no tener relaciones hasta que por lo menos ya no tenga opciones de volver a contagiar (HOSPITAL 2 MD16)

4) PRINCIPALES ITS

Los principales diagnósticos de ITS a los que se hizo referencia en las entrevistas fueron la sífilis (MC2, MC3, MC10, MD16, MC18, E5) y el VIH (MU8, MC10, E5, E11, P7). En menor medida se mencionó la hepatitis C (MC3, MC10), la hepatitis B (MC10), la uretritis gonocócica o gonorrea (MC2), los condilomas o verrugas genitales (MP15) y los herpes (MP18). Por último, un médico (MC3) mencionó el “chagas positivo” cuando se lo interrogó por las principales ITS en pacientes travestis.

En lo referido específicamente a pacientes homo y bisexuales, la mayoría de los entrevistados dijo no identificar particularidades o diferencias en el modo y la frecuencia con que se presentan las ITS. Sólo uno de los médicos entrevistados (MC10) señaló que hay algunas ITS que se observan más frecuentemente en pacientes homosexuales, refiriéndose a la sífilis y a las hepatitis B y C.

Por último, son escasas las referencias con respecto a las particularidades en pacientes travestis. Una de las médicas clínicas señaló que consultan por motivos diversos “pero no relacionado con ITS ni nada de eso” (MC2). Otros, en cambio, hicieron mención a estas patologías, siendo las más frecuentes la sífilis (MC3, E5) y el VIH (E11, E5).

HOSPITAL 3

Según consigna el investigador local en el Informe Final, “el hospital es un centro de referencia infectológica y específicamente de atención de ITS y VIH/Sida”. La mayoría de los entrevistados, exceptuando a dos (E3 y T13), señalaron conocer el circuito de atención de ITS.

1) VÍAS DE ENTRADA

Por lo general las consultas de los pacientes con ITS se efectúan por guardia o consultorios externos (ITS, urología, Infectología, clínica médica). Allí se dispone, según

se afirmó, de un protocolo de manejo inicial y de seguimiento interdisciplinario bajo la modalidad de “manejo sindrómico”. Varios entrevistados subrayaron este seguimiento en la atención del ITS/VIH-Sida con una modalidad de trabajo más organizada que en otras patologías.

En la guardia los pacientes suelen ser atendidos por un infectólogo o residente de esta especialidad que están 24 hs de guardia, todos los días. Hecho el diagnóstico, se instaure un tratamiento empírico o dirigido, según los primeros hallazgos de laboratorio y se lo cita para control por consultorios externos. En los siguientes extractos se describe la atención en Guardia:

Generalmente consulta por guardia por la sintomatología típica y de ahí se le (...) hace un tratamiento empírico y se llena el formulario. Si no está demasiado sintomático el paciente se lo deriva al consultorio, o se le toma una muestra, se le llena todo un formulario con todas las serologías y de allí se empieza un tratamiento y después se ve el resultado de lo que se vio en la muestra (...) [el tratamiento] en realidad se pone en la guardia, tenemos unos kits de ETS donde se le da el tratamiento oral y se pone penicilina intramuscular y bueno se llena esos formularios (HOSPITAL3 MC10).

(...) si es por ejemplo una sífilis o una uretritis se le saca una muestra de sangre o de material de la lesión; corroboramos el diagnóstico o no, depende de otros factores y de ahí vuelve el paciente y, digamos, en la misma consulta va al Laboratorio, extraemos sangre y las muestras porque también habitualmente le pedimos las serologías para las ITS, van a la Farmacia, retiran la medicación y lo citamos para control (HOSPITAL3 MC14).

Según señala el Informe Final, el hecho que la mayor parte de la consulta inicial ocurra en el escenario de la guardia hace que la anamnesis y la consejería sean a veces difíciles de concretar ya que es área para emergencias.

2) ATENCIÓN Y DERIVACIONES

Según consta en el Informe Final, el circuito de atención de ITS podría resumirse en: consulta inicial por guardia o consultorio externo, confección de la historia clínica -anamnesis, examen físico- y llenado de un formulario especial destinado a tal fin, bacteriología -para toma de muestras-, laboratorio -para toma de muestra para serologías-, Servicio Social, Farmacia -entrega de medicamentos-, Guardia (si se trata de inyectables), solicitud de interconsultas y alta. Luego controles por consultorio de ITS, Infectología o con el médico tratante inicial.

La reconstrucción de este circuito se efectuó a partir de lo manifestado por los entrevistados, en ocasiones sintetizando a partir de miradas parciales de la totalidad del recorrido de los pacientes.

Las trayectorias de atención parecieran depender de la vía de ingreso: “[el circuito ITS] depende si va a la Guardia o si va un consultorio externo” (MI16). Como ya dijimos, la

atención de pacientes con ITS puede ser realizada en distintos servicios (guardia, consultorios externos) y por diversas especialidades médicas: Infectología, Urología, Ginecología, Clínica médica y en menor medida Dermatología.

La médica clínica (MC10) señaló que en Guardia algunos pacientes son derivados al “consultorio de ETS”, sobre todo en los casos de “pacientes reincidentes”:

(...) pero en algunos casos por ahí tratamos porque por ahí la muestra no se toma ahí en la guardia (...) así que por ahí tratamos de que vayan al consultorio de ETS para que sea tomada la muestra para saber qué es lo que uno está tratando sobre todo cuando son pacientes reincidentes que tienen varios procesos a repetición (HOSPITAL3 MC10).

Lo mismo afirmó el siguiente médico especialista en Medicina Familiar aunque indicó que, en ocasiones y por pedido de los pacientes, son los mismos médicos de guardia quienes continúan a cargo de la atención en los consultorios externos. En el extracto que sigue describe la atención en Guardia:

(...) a veces el paciente pide si lo puede seguir uno mismo entonces le pedimos que saque un turno y, si no, lo derivamos a ETS (...) que son especializados que manejan muy bien esa patología (HOSPITAL3 MC14).

La infectóloga (MI16) describió los procedimientos que se llevan adelante en el consultorio de ITS y la trayectoria posterior del paciente en Servicio Social y Farmacia. En ocasiones de allí se deriva al paciente al urólogo. Parafraseamos:

Si va [al consultorio] por primera vez con un chancro yo lo asisto,
- le pido todas las serologías y
- le hago el tratamiento empírico y
- lo cito para dentro de los 7 días que ya uno de los análisis que es la VDRL ya está, porque eso demora 3 ó 4 días y para ver qué título tiene, si es positivo o no
- y si es necesario que se derive o no al urólogo ¿no? (...)
- Lleno la ficha y hago el pedido de la medicación que corresponda de acuerdo a los síntomas que tenga (...)
- Pasa por Servicio Social, después a Farmacia, se coloca el Bencetacil y después a su casa (HOSPITAL3 MI16).

El médico urólogo (MU17) confirmó este circuito:

Habitualmente llega a consulta o diagnóstico a veces clínico, la mayoría de las veces lo confirmo después con serología y con laboratorio, el tratamiento se inicia quizás el mismo día sin tener confirmación todavía pero por la alta probabilidad de que sea así y después una vez confirmado tiene que ir por la vía en general de saber si tiene pareja estable, si no tiene pareja estable y de ahí derivarlo a Servicio Social (...) Yo le doy los controles que tiene que tener y cuándo tiene que venir, en el mismo consultorio (HOSPITAL3 MU17)

La dermatóloga (MD1) apuntó que atiende pacientes con sífilis, aclarando que las trayectorias de atención dependen de las patologías: la atención de la sífilis está asociada a Dermatología, una uretritis a Urología. Sin embargo, ante pacientes con

HPV no se expresa un criterio claro sobre quién se hace cargo de la atención ya que “si son pocas lesiones” la efectúa la misma dermatóloga, de lo contrario puede derivarlo a Ginecología o a cirugía:

[el circuito] depende de la patología. Me ha pasado sífilis, le solicito el estudio, le lleno el formulario, lo mando a buscar la medicación y que se la pongan; lo cito a control de nuevo; se le pide el HIV. Si es una uretritis, me ha pasado, a lo mejor lo derivo al urólogo que sé que viene más tarde para no meterme yo ya en pedirle el bacteriológico y todo eso porque ellos lo manejan mejor. El HPV si hombre, mujer, si sin pocas lesiones las trato yo y si no ya tengo una derivación hecha a gineco o al cirujano que hace la parte quirúrgica... depende (HOSPITAL3 MD1).

Está previsto que los pacientes tengan una consulta con Servicio Social pero ello ocurre sólo en horarios limitados a la presencia de un trabajador social en el hospital, en un tipo de práctica que replica el esquema adoptado en los casos de PVVIH.

(...)en el caso de las enfermedades, las ITS comunes como la sífilis, las gonococcias y las otras... cuando uno llena la ficha epidemiológica está pautado que tiene que pasar por Servicio Social pero yo creo que eso se ha desprendido de la práctica del tema del HIV (HOSPITAL3 MI16)

3) OTROS ASPECTOS

Recomendaciones en la consulta

En general los profesionales refirieron que durante el encuentro surgen temas variados: uso de preservativos, posibilidad de contagio a su pareja, abordaje y tratamiento de la pareja, secuelas y otros. Estas temáticas surgen por parte del médico y rara vez de la demanda del paciente:

(...) por parte del paciente no hay demanda de otra información. Él quiere que vos le soluciones el problema que tiene ahora y si él fue infiel que se entere la menor cantidad de gente posible y menos la pareja estable (...) se le da un poco de consejo de protección, que debe usar profiláctico (...) pero el paciente no demanda otra información (HOSPITAL3, MI15)

4) PRINCIPALES ITS

Según el personal de salud entrevistado, las principales ITS son el HPV (MD1, MI16, MU17, MP18), la uretritis gonocócica o gonorrea (MC10, MC14, MC16) y la sífilis (MD1, MC10, MI16, MU17, E13). Particularmente en lo que respecta a esta última, se observó –al igual que en el hospital de HOSPITAL 1– un aparente aumento en el número de casos en relación con épocas anteriores (MC10) y se dijo asimismo que era una de las ITS “más generalizadas” ya que se da con un alto porcentaje en pacientes de diferentes orientaciones sexuales (MI16).

Asimismo, aunque en menor medida, los entrevistados mencionaron los condilomas o verrugas genitales causadas por el HPV (MC14, E2), la hepatitis B y C (MC10, E2), el herpes genital (MD1, MU17) y “por supuesto el VIH”, tal como lo expresaron varios

entrevistados, dos de los cuales (MC10 y E2) lo formularon textualmente de ese modo.

En lo referido específicamente a los pacientes homo y bisexuales, la mayoría de los entrevistados dijo no identificar particularidades. Como señaló un médico clínico, “no hay diferencia en cuanto a los tipo de gérmenes o el espectro de gérmenes” (MC10). Sí, en cambio, algunos coincidieron en que en estos pacientes hay ITS que se ven con mayor frecuencia, como el HPV (MD1, MI16 y MP18):

[El HPV] es más frecuente en el homosexual, de los que yo he visto, es más frecuente en los homosexuales (HOSPITAL 3 MI16).

Pero la clave es el HPV. A ver, una cifra: de cada diez pacientes, siete u ocho son HPV (HOSPITAL 3 MP18).

Este último profesional mencionó los problemas que plantea el tratamiento y control de “pacientes proctológicos portadores de cáncer de ano”:

(...) es muy difícil el seguimiento de los mismos ya que no sólo son pacientes de bajos recursos sino que a veces tienen un domicilio indeterminado, a veces son trabajadores sexuales, o que oriundos del Chaco y viven en Buenos Aires, fueron a México y ahora están de vuelta en la casa de un conocido y pasan por el hospital, se le hace el diagnóstico y no los podés seguir. Entonces el tema, dentro del consultorio externo, de esa patología específica yo creo que tiene que haber un registro y un seguimiento más estricto. Yo tengo mi registro, por supuesto, y tengo también teléfono, direcciones y demás” (HOSPITAL3 MP18).

En lo referido específicamente a pacientes travestis, resulta de interés señalar que ante la pregunta sobre los motivos de consulta generales de este grupo, varios entrevistados respondieron que eran las ITS, el VIH o ambos. Esto se atribuyó, en la mayoría de los casos, al ejercicio del trabajo sexual, como se expresa en los siguientes extractos:

Es raro que consulten por otra patología porque generalmente son pacientes jóvenes ¿no?, por diabetes, por hipertensión... puede haber alguno pero como son pacientes jóvenes generalmente consultan por ITS porque muchos trabajan como trabajadores sexuales. (HOSPITAL 3 MI15)

Yo, por el tipo de práctica... Digamos, generalmente acá vemos mucha población que son trabajadores sexuales [así que] por supuesto que [los principales motivos de consulta] son las ETS. Vienen por otras cosas también, claro, pero mucho es por el tema de... que está relacionado con su trabajo. (HOSPITAL 3 MC10)

[Vienen por] las ETS (...) Todas, todas, todas (...) O sea, no me ha tocado a mí hasta ahora atender un paciente travesti que venga por un control de salud, qué sé yo, hipertensión, ver cómo está el colesterol... todos vienen por lo relacionado a la sexualidad, a lo genital. (HOSPITAL 3 MC14)

Y dentro de ese rango tan amplio que abarca la expresión “todas, todas, todas” del tercer extracto citado, los entrevistados identificaron, al igual que para los pacientes homo y bisexuales, al HPV como la ITS que se presenta con mayor frecuencia en

travestis (MD1, MU17, MP18). Algunos señalaron que también la sífilis también se registra con mucha frecuencia en este grupo de pacientes (E13, MI16).

HOSPITAL 4

1) VÍAS DE ENTRADA

Guardia y consultorios externos son señalados como las vías de entrada. La dermatóloga señaló que reciben pacientes con resultados VDRL positivos que provienen de los “centros periféricos” y personas que se han realizado análisis prenupciales, a quienes se atiende sin turno “para que ese paciente no se pierda” y para “agilizar el tratamiento”:

(...) hace años que nosotros implementamos el tema de que todas las ITS que nos las mandan del centro periférico atendemos sin turno para que ese paciente no se pierda, porque nosotros tenemos un alto índice de ETS y la más significativa para nuestro servicio es la sífilis (...) a los centros periféricos les damos la opción que directamente con un papelito o simplemente con el resultado de la VDRL al consultorio sin turno, entonces le hacemos un fichaje, lo denunciamos, le damos la medicación, lo tratamos (...) Con respecto a lo que nos viene también mucho por sífilis es pre nupcial que también vienen sin turno y esa por ahí es una forma de agilizar el tratamiento, porque ese paciente, primero no se puede casar, le tenemos que dar el OK acá (HOSPITAL 4 MD7).

2) ATENCIÓN Y DERIVACIONES

Según la médica infectóloga (MI10) la atención de ITS no está organizada y los recorridos son variables:

[el circuito ITS] es bastante, no sé si errático o desorganizado, no sé cómo llamarlo, pero van a Dermatología por una cuestión histórica, a Urología si consiguen turno, cosa que es difícil, a Infectología o a la guardia. Uno de los fundamentales derivadores es la guardia porque en agudo, en la urgencia, lo envían al infectólogo (HOSPITAL 4 MI10).

Así, tras el ingreso y el pedido de estudios de laboratorio la atención de pacientes con ITS puede ser realizada en distintos servicios: Infectología, Clínica Médica y Urología (“aunque tenemos un solo urólogo, y con bastante poca capacidad de respuesta” MC1). Sin embargo, como señaló la propia enfermera que trabaja en Infectología (E2) la derivación más habitual es hacia Dermatología:

Acá las ITS generalmente son tratadas por Dermatología, en una consulta clínica si se diagnostica algo, se deriva a Dermatología, que es el que atiende las ITS. También en Infectología se atiende, pero bueno no sé si es algo del hospital que siempre se atendió por Dermatología, así que ese es el circuito. El clínico ve el análisis y lo deriva a Dermatología (...) [también] hace tratamiento el clínico o en la guardia se puede implementar el tratamiento ellos mismos (HOSPITAL 4 E2).

La médica dermatóloga entrevistada (MD7) describió la modalidad de atención y control de los pacientes con ITS. La parafraseamos: “cuando se lo detecta (...) de cualquier servicio viene a Dermatología, se le hace una ficha”. Luego

- se hace la denuncia obligatoria,
- se maneja con la secretaria administrativa de Infectología que después manda todo al Ministerio,
- se lo medica en el momento, eso también está todo agilizado con los enfermeros,
- se le hace el plan de medicamentos que tiene que hacer, por escrito, se le explica, se está mucho con ese paciente,
- se cita a los contactos, si es posible por vía telefónica, otra cosa no nos queda.
- (...) se lo cita sin turno para volver a hacer los controles, (...)
- en el caso que tengan algún centro de salud cerca, se le da las medicaciones para que se la aplique en el centro de salud. Todas las posibilidades para que el paciente cumpla el tratamiento (...)
- los controles se le hacen acá y después se le da el alta acá (HOSPITAL 4 MD7).

3) OTROS ASPECTOS

La respuesta oportuna: “no perder al paciente”

Tanto la infectóloga (MI9) como el médico generalista que atiende en consultorios externos (MCI) coincidieron en la necesidad de responder a la demanda de maneras expeditivas dadas “las dificultades del circuito” (MCI) y con el fin de no “perder al paciente”:

El paciente con ITS llega acá a Infectología (...) se lo atiende y cuando es una infección de transmisión sexual se le da el tratamiento, se le busca alguna alternativa como para que el paciente se vaya de acá tratado y si tiene una sífilis se va con la primera dosis puesta de penicilina (HOSPITAL 4 MI9).

(...) muchas veces si existe una presunción o un proceso infeccioso, lo que hacemos es decidir un tratamiento. Teniendo en cuenta, las dificultades del circuito. Porque ese paciente primero va a ir a solicitar un turno, pero el turno lo va a tener como muy pronto, en dos o tres semanas, y eventualmente quizás en un poco más de tiempo (HOSPITAL 4 MC1).

4) PRINCIPALES ITS

Según lo expresaron varios de los testimonios, en este hospital “es elevadísima la proporción de enfermedades de transmisión sexual” (MI9). Entre los principales diagnósticos identificados, se mencionaron la sífilis (MD7, MI9, E2), la uretritis gonocócica o gonorrea (MC1, MC4, MI9, E2), el HPV (MG3, MI9) y el VIH (MH14, E2, E13). También, pero en menor medida, se mencionaron la hepatitis B (MI9), el herpes genital (E2), los condilomas anales causados por HPV (MI9) y las “secreciones de distintos tipos en pieles genitales” (MC1). En particular, respecto de la sífilis, los entrevistados observaron una creciente incidencia de ese diagnóstico en los últimos años. Así lo expresó la médica dermatóloga, quien sostuvo:

(...) nosotros tenemos un alto índice de ETS, y la más significativa para nuestro servicio es la sífilis (...), cuando por ahí todo el mundo piensa: “¿Cómo? ¿Hay sífilis?” Sí, hay y un montón. Porque hubo una etapa de acá a 5 años atrás que el paciente se cuidaba un poco más y todo el auge de la información del VIH, pero ahora otra vez, no sé qué está pasando pero es como que estamos viendo más cantidad de sífilis (HOSPITAL 4 MD7).

En lo que respecta a las ITS que presentan los pacientes homo y bisexuales, la información de las entrevistas es escasa ya que sólo se formuló la pregunta en algunos casos. En términos generales los entrevistados no encontraron diferencias entre estos pacientes y el resto, a excepción de algunos que identificaron diagnósticos más frecuentes como la sífilis (E2, MI9) y los condilomas por HPV (MI9).

En cuanto a las pacientes travestis, los testimonios son variados. Una médica infectóloga (MI9) sostuvo que atendió muy pocas travestis como para identificar particularidades en las ITS que podría presentar este grupo. Por su parte, una médica clínica (MC4) sostuvo que todas las consultas que atendió de estas pacientes fueron por temas ajenos a las ITS. Otros entrevistados dijeron, en cambio, que sí atendieron travestis con ITS y mencionaron el VIH (MH14, E2, E13, E15), la sífilis (MH14, MI9, E13), y las “patologías recto-anales” en general (MG3).

Por último, en cuanto al modo en que se presentan las ITS en este grupo de pacientes, varios coincidieron en que no se distinguen particularidades, aunque la médica hematóloga observó que para el caso del VIH las travestis “generalmente están peor, por lo menos lo que yo vi. El estado es más avanzado, vienen más deteriorados” (MH14). Algo similar dijo una enfermera que trabaja en la guardia, quien manifestó que las travestis con VIH llegan a la consulta “muy mal, muy deteriorados y de última y de última (...) ya vienen en segundo tercer estadio o quinto estadio de la enfermedad, no vienen en el momento en que descubren su enfermedad” (E13). Un médico generalista marcó algo parecido explicando que:

(...) probablemente el travesti tarde mucho en venir a controlarse en un servicio de salud. Un poco por su propia situación o prejuicio al respecto, y otro poco porque las puertas de la institución no se abren lo suficiente (HOSPITAL 4 MC1).

HOSPITAL 5

En esta ciudad, del mismo modo que en el circuito VIH, el hospital de elección para ITS es el Hospital 5 donde parece centralizarse la atención:

(...) yo creo que en el sector donde más trabajan esto es en el hospital 5 nosotros lo vemos y podemos ver una crisis secundaria (HOSPITAL 5 MD15)

La infectóloga (MI12) mencionó, sin precisión cronológica, la existencia histórica de un programa provincial de ITS con sede en el hospital 5, manejado por dermatólogos,

urólogos y que contaba con “visitadoras sociales”. Señaló que esto había cambiado y valoró positivamente este cambio por cuanto éste había implicado la ampliación de especialidades para incluir “el médico clínico, el médico de guardia, el infectólogo, el ginecólogo”:

(...) históricamente las ITS han sido manejadas por los dermatólogos o por los urólogos, es más hay un programa provincial de ITS que no sé si funciona en el Hospital 5. Ha habido históricamente hay dos visitadoras en el hospital, ya que en la época de la sífilis, cuando era la sífilis la más importante de las ITS, existía un sistema provincial donde había recurso humano dispuesto para ir y buscar los pacientes y obligarlos a medicarlos. Esto cambió absolutamente por suerte, ya es patrimonio del médico clínico, del medico de guardia, del infectólogo, del ginecólogo, ya hay otras especialidades involucradas (HOSPITAL 5 MI12).

El médico urólogo, por su parte, interpretó este cambio en términos de una situación de ausencia de “normativa”:

(...) lo derivás hasta Infectología y de ahí no sé... y no sé cómo llegan tampoco, no sé si tienen que sacar turno o si van derecho, si hay algún consultorio nunca, siempre fue el hospital 5 pero después nunca hubo normativa (HOSPITAL 5 MU13).

1) VÍAS DE ENTRADA

Se informó que en el hospital la entrada se efectúa por guardia, consultorios externos (Clínica médica y Urología) y donadores de sangre a través de Hemoterapia:

(...) transmisión sexual generalmente la atiende el hospital 5 o el puesto de salud (...) acá (...) la detección por ahí se hace cuando vienen a donar sangre (...) sale algún tipo de ITS o HIV o digamos un ELISA positivo se pasa se informa acá a Infectología y cuando viene la persona a retirar los análisis se le da acá la información (HOSPITAL 5 E11).

2) ATENCIÓN Y DERIVACIONES

La atención se centraliza en Infectología, aunque también se menciona Dermatología y Urología. Las derivaciones a Infectología provienen de

- Guardia. Allí “el médico le pide un estudio de laboratorio y cuando tiene el resultado, son medicados y se les aconseja que concurran al consultorio externo de Infectología” (E2),
- el consultorio de urología (MU13),
- el consultorio de Clínica Médica,
- el consultorio de proctología si no se trata de un caso quirúrgico.

(...) no sé si ya está predeterminado pero yo lo que hago es cuando tengo un paciente pero como yo hago cirugía esas son patologías no cirugías y directamente lo derivo al servicio de Infectología del hospital o del hospital 5 (HOSPITAL 5 MP18).

3) OTROS ASPECTOS

La respuesta oportuna: “las ITS son de demanda espontánea”

La dermatóloga (MD15) señaló un problema asociado a la tardanza en la atención vía la asignación de turnos, destacando que son patologías que deberían atenderse sobre la base de la demanda espontánea:

(...) las ITS son de demanda espontáneas, empecemos por ahí acá tenemos un sistema por el cual el paciente viene con un turno dado hace días, entonces si empezamos por ahí vamos mal porque las ITS el paciente, no sé, anoche tuvo la relación hoy tiene la sintomatología y hoy debe ser investigado y tratado.... Si entonces un laboratorio directamente para en forma rápida no lo tenemos... la demanda es por turno (HOSPITAL 5 MD).

4) PRINCIPALES ITS

Entre las ITS, la sífilis fue la más nombrada (MI12, MD15, MC16, MC17, MP18, E9), seguida de la gonorrea o uretritis gonocócica (MI12, MD15, MC16, MC17, MP18). También se mencionó el VIH (MI12, MC17, MP18, E7) y en menor medida otras ITS como la hepatitis B (MC17), la uretritis no gonocócica (clamidia) (MI12, MD15), el HPV (MU13), los condilomas por HPV y otras verrugas (MD15), las micosis (MU13, MD15) y la escabiosis o sarna (MD15).

En particular, en lo que respecta a homo y bisexuales, las entrevistas no abundan en detalle porque la pregunta pautada en el protocolo se formuló sólo en contadas ocasiones. Una enfermera (E5) dijo no haber atendido pacientes homo y bisexuales con diagnósticos de ITS. Otra (E7) comentó que la mayoría de homosexuales que había atendido tenían VIH, aunque hay que aclarar que no lo dijo como respuesta a la pregunta sobre las principales ITS en estos pacientes.

Respecto de las ITS en personas travestis, las respuestas fueron variadas. Al menos tres entrevistados (MC17, MC14 y E11) dijeron carecer de experiencia en la atención de estas pacientes, de modo que no se les formuló la pregunta. Otros tres dijeron que sí habían atendido travestis, aunque no por enfermedades de transmisión sexual (E2, E5, E7). Como lo expresó uno de ellos, “las pocas veces que participé en la atención de estas personas no fue por ITS, sino por golpes” o situaciones de violencia (E2). El médico urólogo mencionó que “yo siempre... no [sé] si habrá sido casualidad, eran todos problemas en el pene o lesiones por HPV” (MU13). El médico proctólogo señaló que las travestis ingresan al consultorio “con patología ano-rectal”, aunque no especificó a qué patologías se refería (MP18). Por último, la médica infectóloga, remitiéndose a su experiencia, dijo “bueno, los que yo tengo son portadores del virus del sida.” (MI12)

HOSPITAL 6

1) VÍAS DE ENTRADA

Se señalaron diversas vías de entrada: guardia, consultorios externos, Obstetricia en casos de sífilis (MI6, E8) y pacientes que ingresan directamente por Infectología. Al respecto el infectólogo (MI6) remarcó “Ahora la gente tomó conciencia de que existe la infectología y a veces vienen por enfermedades de transmisión sexual”:

Hay de todo un poco. He atendido en la guardia, he atendido en los consultorios, vienen de los obstetras, viene directamente, porque asocian Infectología, ahora se conoce así Infectología, así, a nivel automático, como con un cardiólogo, problemas de corazón (...) antes para llegar al infectólogo, de última, iban a un clínico, un médico general y el médico lo refería a la especialidad. Ahora la gente tomó conciencia de que existe la infectología y a veces vienen por enfermedades de transmisión sexual, pero por lo general vienen derivados (HOSPITAL 6 MI6).

2) ATENCIÓN Y DERIVACIONES

Se evidencia una centralización de la atención en el servicio de Infectología.

(...) no sé por qué motivo ¡todas! [las ITS] vienen acá todas, es decir no te digo todas, me refiero a un buen concurso de personas vienen acá (HOSPITAL 6 MI2).

(...) el paciente saca turno en Infectología, se lo ve, se hace los análisis, estudios que correspondan y se lo trata. Todo se centraliza en los consultorios de Infectología (HOSPITAL 6 MC10).

También se atienden ITS en Dermatología (MD11), en Urología y en el “servicio de Epidemiología”:

(...) está el médico informándole o va al urólogo o va al infectólogo o va a Epidemiología. Nosotros en la guardia, las enfermedades de transmisión sexual en general las derivamos porque ya te digo estamos acostumbrados a la emergencia, emergencia. Pero acá tenemos un servicio de Epidemiología que se supone que lo tratan. Se hacen cargo (HOSPITAL 6 MC15).

3) OTROS ASPECTOS

Consultorio de ITS

La trabajadora social (TS1) hizo referencia a que en el pasado existió en este hospital un consultorio atendido por un médico que estaba a cargo de la atención de las ITS:

Antes puntualmente había un médico de transmisión sexual, ahora no, así que ahora ya lo están manejando los infectólogos (HOSPITAL 6 TS1)

El infectólogo (MI6) también mencionó dicho consultorio, proponiendo a su vez, la conveniencia de volver a conformarlo pero esta vez integrando distintas especialidades:

(...) lo que pasa es que acá estaba el programa que atendía F., que atendía ITS (...) por ahí puede ser útil como un proyecto hacer un consultorio de transmisión sexual, que pudiera ser multifactorial: dermatólogo, urólogo, infectólogo, un clínico o un buen médico general eso sería lo ideal y atender exclusivamente eso (HOSPITAL 6 MI6) .

El problema de los controles y el seguimiento

La médica dermatóloga (MD11) señaló las dificultades que presentan los pacientes para concurrir a los controles:

[el tratamiento de ITS] es tan complicado como el VIH porque hacen el tratamiento, lo terminan y tienen que volver y traer el análisis. Terminaron, traen el control y después les cuesta. Viste que los controles son cada tanto... y me cuesta. Hay algunos que lo hacen, otros que lo abandonan y al año o dos años vuelven y otra vez (HOSPITAL 6 MD11) .

Recomendaciones en la consulta

Como se manifiesta en el siguiente extracto, el médico urólogo (MU14) dijo recomendar el uso del preservativo en el sexo oral:

(...) a mí por lo que más me vienen son las enfermedades de HPV y yo les explico que el sexo oral... la mujer puede tener el HPV en la boca también. Entonces uno les explica que tengan con preservativo (HOSPITAL 6 MU14).

4) PRINCIPALES ITS

La información con la que contamos respecto de las principales ITS que se atienden en este hospital es muy escasa ya que en la mayor parte de las entrevistas no se efectuó la pregunta pautada. Sólo en algunas entrevistas se mencionaron ITS que se atienden en el hospital, aunque no siempre como respuesta a la pregunta específica sino como comentarios secundarios de otros tramos de las entrevistas. Las menciones que pudimos registrar fueron la sífilis (MI2, MD11, E8), el HPV (MU14) y el VIH (MI2, MI6).

Cabe mencionar el comentario de un médico infectólogo respecto de la definición de "ITS" (a quien de todos modos tampoco se lo interrogó sobre los principales diagnósticos que se presentan):

Pero la definición de ITS es así, amplísima. Vos podés englobar las tradicionales, como las hepatitis, hepatitis B, C, son enfermedades de transmisión sexual, el mismo HIV obviamente, son una enfermedad de transmisión sexual. Una ladilla también es una enfermedad de transmisión sexual, una sarna también puede ser una enfermedad de transmisión sexual, una salmonelosis, según las prácticas del todo vale, según el sexo, también por el mecanismo también es una enfermedad de transmisión sexual (HOSPITAL 6 MI6)

En cuanto a las particularidades de las ITS en pacientes homo y bisexuales, tampoco fue formulada la pregunta específica. En lo que respecta a las ITS que se presentan en pacientes travestis, varios dijeron no tener experiencia en la atención de estas

pacientes (MC10, MU14, MC16). Y entre quienes sí afirmaron tenerla, se dijo en varias ocasiones que sus diagnósticos de ITS no presentan particularidades en relación con el resto de los pacientes, aunque tampoco se hizo mención a cuáles serían esos diagnósticos (E8, E9).

La médica dermatóloga señaló que las travestis presentan ITS con escasa frecuencia porque “se cuidan más que el homosexual que no se transviste”. (MD11) Por su parte, una médica infectóloga también dijo que presentan ITS con escasa frecuencia pero en este caso hizo una comparación con los pacientes heterosexuales:

R: (...) Desde el punto de vista médico, no tienen más que otras enfermedades como las puede tener cualquier otro ¿entendés? Independientemente de la enfermedad de transmisión sexual que pudiesen o no tener, porque no todas las travestis tienen enfermedades sexuales ¿entendés? (...) Las enfermedades son exactamente iguales que en la población heterosexual.

P: ¿No hay más, digamos, ITS en... por lo menos en las pacientes éstas que ves vos?

R: No hay. Al contrario, lo veo más en los heterosexuales que en los tra... en los homosexuales (HOSPITAL 6 MI2).

HOSPITAL 7

No se evidencia la existencia de un circuito específico para los pacientes con ITS. No aparecen coincidencias entre los entrevistados, lo cual sugiere que no hay un circuito específicamente organizado, cuestión que afirma el médico MC5:

(...) no sé [el circuito] porque en realidad no hay un circuito específico, los atiende tanto Clínica, Urología, como Infectología, no hay una derivación específica a un servicio (MC5).

1) VÍAS DE ENTRADA

Los datos relevados dan cuenta de diversas vías de ingreso a la atención de las ITS. Los entrevistados señalaron como vía de entrada principalmente la guardia (A4, MD15, MU17, MP18), Infectología (F3) y otros consultorios como Clínica médica, Urología y Proctología (B2, TS16, MD15).

2) ATENCIÓN Y DERIVACIONES

Las trayectorias de atención parecieran depender de la vía de ingreso. La mayor parte de las derivaciones se realiza a Infectología y también, aunque en menor medida, a Dermatología, Proctología, Clínica médica y Urología. El circuito incluye el Servicio Social en donde se efectúa “la denuncia obligatoria”:

(...) pueden pasar primero por Clínica médica, el clínico médico puede derivarlo, y si es una infección solamente como la sífilis, el médico a veces le da el tratamiento, a veces lo puede ver Dermatología, lo puede ver Clínica médica, lo puede ver cualquier especialidad. Muchas veces pasan por el Servicio Social, por el tema de la denuncia obligatoria de esas enfermedades y si no también por Infectología (HOSPITAL 7 TS16).

Tanto el médico urólogo (MU17) como el proctólogo (MP18) señalaron que a sus pacientes con ITS los derivan generalmente al servicio de infectología:

(...) lo primero lo mando a laboratorio y a partir del resultado me fijo qué patología es y generalmente los termino derivando a infecto (HOSPITAL 7 MU17).

[A mi consultorio] ya vienen con el diagnóstico o les mando hacer el laboratorio y luego también los derivo a infectología (HOSPITAL 7 MP18).

En Dermatología se atiende “la parte de sífilis” siempre que no esté asociado a VIH, porque en ese caso derivan a Infectología.

(...) la parte de sífilis, por ejemplo, la vemos solos, salvo en caso de HIV. Porque nosotros no nos abocamos al tratamiento de retrovirales, nosotros sí damos el diagnóstico y lo llevamos y allá ellos [los infectólogos] inician el tratamiento retroviral (HOSPITAL 7 MD15).

Con relación a los controles, se señaló que éstos se efectúan cada 3 meses, al menos en Infectología y Dermatología:

(...) si sale algún diagnóstico positivo, se le da la medicación para que haga el tratamiento y se lo controla, viene a las tres semanas y después los controles periódicos cada tres o cuatro meses, durante el primer año en caso de que le haya dado positivo” (HOSPITAL 7 V13)

(...) nosotros lo vamos citando cada tres meses, se le pide un análisis para ver como van bajando los títulos de la infección, hasta que esté curado (HOSPITAL 7 MD15)

3) OTROS ASPECTOS

Recomendaciones en la consulta

Ante la pregunta por “los temas” que surgían en la consulta, las recomendaciones del personal médico entrevistado fueron el cuidado respecto de evitar que se continúe el contagio y el aviso, realización de serología y tratamiento de la/s pareja/s.

4) PRINCIPALES ITS

En lo que respecta a los casos de ITS que se atienden en este hospital, las opiniones fueron diversas. Mientras que la médica dermatóloga sostuvo que habían disminuido los casos en relación con épocas anteriores (“Por suerte no se ven tanto. A veces es por oleadas, pero últimamente no se ve”, MD15), el médico urólogo señaló que atender ITS “es más común de lo que parece” (MU17).

Más allá de estas diferencias, en términos generales los entrevistados coincidieron en que las ITS que se ven en este hospital son la sífilis (MI1, MC9, MD15, MU17, E6, E8, E11), el VIH (MI1, MC9, MD15, MP18, E11) y la uretritis gonocócica o gonorrea (MC9, MU17, MP18, E11). Y, en menor medida, también mencionaron los condilomas (MD15, MP18), las hepatitis B y C (MC9), y el “herpes en la boca” (E6). Por último, la médica dermatóloga dijo que “se ven muchos moluscos, como verruguitas que se ven en la piel, se ve de todo” (MD15).

En particular, en lo que respecta a la sífilis, hubo opiniones diversas. Mientras que algunos resaltaron lo habitual que es ver pacientes con este diagnóstico y señalaron que “acá la sífilis se ve mucho” (MD15), que es la ITS más frecuente (MC9) y que está “a la cabeza” (MI1), uno de los entrevistados, el médico urólogo (MU17), mantuvo una opinión contraria, diciendo que al menos en lo que respecta a su especialidad son muy pocos los casos de sífilis que se ven.

También para el caso de pacientes homo y bisexuales, la sífilis se registró como una de las ITS más frecuentes (MI1, MC9, MD15) aunque algunos entrevistados agregaron también el VIH (MC9) las hepatitis B y C (MC9) y los condilomas (MD15). Nuevamente el médico urólogo disintió con esta opinión, señalando en cambio que la que se ve con más frecuencia en estos pacientes es la uretritis gonocócica o gonorrea (MU17). Por su parte, un médico generalista dijo que si bien era escasa su experiencia en la atención de ITS, podía afirmar que no había visto casos en homo y bisexuales sino que “he visto todas en heterosexuales” (MC5).

En cuanto al modo en que se presentan las ITS en estos pacientes, algunos coincidieron en que no habría particularidades (MI1 y MU17). La médica dermatóloga, sin embargo, sostuvo que sí se podrían distinguir especificidades ya que para el caso de las ITS todo “se ve mucho más exagerado” en estos pacientes. Y agregó, tal vez queriendo explicar lo anterior, que “en homosexuales prevalece mucho las patologías virales, al tener las defensas bajas todo cuesta más tratarlo, porque le fluctúan las defensas” (MD15).

Para el caso de pacientes travestis, las opiniones también fueron variadas aunque la mayoría identificó a la sífilis como la ITS más frecuente en este grupo de pacientes (MC9, MD15, E6, E8, E11). También se mencionó el VIH (E6, E11), aunque hubo casos en que los entrevistados hicieron aclaraciones al respecto. Fue, por ejemplo, el caso del médico proctólogo, quien respondió “No sé... no te puedo decir porque no los trato acá por ese tipo de patologías. Supongo que HIV, pero no te quiero decir una cosa por otra” (MP18). O bien el caso de una de las médicas clínicas, quien aclaró que “igual que con el caso de los homosexuales, hay mucha población de HIV que es travesti, pero no sé si es un sesgo, no creo que tengan mayor prevalencia de HIV” (MC9). En menor

medida se mencionaron los condilomas (MD15, MC9) y la hepatitis (sin que se aclarara el tipo) (MC9)

Nuevamente el médico urólogo disintió con la opinión dominante sosteniendo que no se puede asociar una patología a una elección sexual. Así lo expresó:

No porque sea travesti va a venir con un cartelito: travesti igual tal enfermedad. No. Traen los mismos problemas que trae cualquiera, qué sé yo desde la más simple infección urinaria, hasta lo más complejo (HOSPITAL 7 MU17).

Por último, en cuanto a la pregunta sobre las particularidades con las que se presentan las ITS en pacientes travestis, mientras que algunos dijeron no notar diferencias, hubo una enfermera que remarcó que sí las había “porque ellos lamentablemente están mucho más comprometidos, están mucho más comprometidos” (E8), lo que asoció con una mayor exposición debido a las que aparentemente serían sus prácticas laborales.

HOSPITAL 8

1) VÍAS DE ENTRADA

El coordinador del servicio de Urología señaló que el circuito es

el mismo que todas las enfermedades. No hay un área específica. Tienen atención de consultas programadas en los consultorios externos de la terminal de ómnibus y, si no, tienen demanda espontánea de los pacientes que suben de la guardia por urgencias que necesitan atención inmediata y se ven en una sala de demanda espontánea. Ahí atendemos pacientes que vienen con enfermedades tipo ITS de reciente diagnóstico y que requieren una atención urgente (HOSPITAL 8 MU16).

El ingreso puede entonces ser por Guardia en donde son atendidos en la referida “sala de demanda espontánea” o bien por demandas programadas en distintos consultorios. Un médico clínico (MC11) detalló los modos de entrada al circuito, aunque le faltó nombrar el consultorio de dermatología:

Un paciente con una enfermedad de transmisión sexual puede consultar en principio al clínico porque tiene alguna manifestación (...).otra persona (...) ‘bueno, tengo algo a nivel urológico y veo al urólogo’ y si es la mujer ‘tengo flujo, tengo una lesión, me duele algo a nivel genital’, ve al ginecólogo. Yo diría que las tres puertas de entrada de los pacientes con enfermedades de transmisión sexual son: o el clínico (...), el urólogo o el ginecólogo. O sea, las puertas de entrada. Eventualmente también puede ser la guardia que el paciente se notó algo y vino también a la guardia (HOSPITAL 8 MC11).

Sólo una médica clínica (MC1), una enfermera (E12) y un técnico (T08) dijeron ignorar cuál es el circuito.

2) ATENCIÓN Y DERIVACIONES

El hospital no cuenta con un consultorio específico para la atención de pacientes con ITS y, según se dijo, las derivaciones se realizan en función “del tipo de lesión” que presente el paciente. Así, la dermatóloga señaló:

R: En general te puedo decir que muchas las ven en la guardia. De la guardia, si es muy claro el diagnóstico, (...) le hacen el tratamiento y los derivan, o lo derivan a dermatología [en el caso de que el diagnóstico sea sífilis] (...), lo pueden derivar a urología, a ginecología y...

P: ¿Y de qué depende la derivación?

R: Y eso depende del tipo de lesión que pueda ver el médico (HOSPITAL 8 MD17)

El médico clínico MC11 también definió su accionar (tanto la atención a su cargo como la eventual derivación) en función de las patologías:

(...) si yo veo que el paciente tiene una secreción, pensando en una blenorragia, una gonorrea que se denomina, le mando a hacer un hisopado de secreción y comienzo con tratamiento, en este caso ciprofloxacina con un solo comprimido prácticamente se cura. Si pienso que el paciente tiene un chancro sifilítico le hago hacer un campo oscuro y si ya veo que ya está en un secundarismo y otras lesiones, le pido la VDRL que si da positiva le puedo hacer tratamiento con penicilina y lo puedo tratar yo. Si el paciente tiene ya alguna exhuberancia como puede ser un condiloma a nivel genital, lo mando al urólogo para que le haga tratamiento (...) Y si la persona está con una pelviperitonitis que también puede ser una enfermedad de transmisión sexual, entonces se da tratamiento antibiótico y físicamente se internan y hay que hacer diagnóstico diferencial de otras cosas. (HOSPITAL 8 MC11)

El médico urólogo indicó que en guardia o consultorio atiende básicamente “lesiones genitales”:

Acá generalmente vienen con lesiones genitales, que son la gran mayoría de las lesiones que aparecen en las ETS y las atendemos acá en sala de demanda espontánea y eventualmente en el consultorio de la terminal (MU16)

3) OTROS ASPECTOS

Recomendaciones en la consulta

Todos los médicos entrevistados (salvo uno) dijeron hacer recomendaciones de distinto tipo en el tratamiento de ITS. En las entrevistas no se profundizó sobre este punto. Sí se planteó el tema de la búsqueda de contactos y el estudio de la/s pareja/s sexual/es, la oferta de testeo para VIH y la indicación del uso del preservativo. Cabe señalar, sin embargo, que la totalidad de los médicos (excepto la referente de Inmunología) dijeron al mismo tiempo desconocer si se distribuyen preservativos en el hospital.

4) PRINCIPALES ITS

La mayor parte del personal médico y de enfermería entrevistado en este hospital dijo atender o estar involucrado con frecuencia en la atención de enfermedades de transmisión sexual. Nuevamente la sífilis y el VIH fueron las que se mencionaron con más frecuencia. En el caso de la primera, registramos al menos siete menciones, en algunos casos referida directamente como chancro (MC1, MD17, E4, E10 E13, E2, E15), lo mismo que para la segunda (MC1, MC7, MC11, MD17, E10, E13, E15).

Otras ITS que se nombraron fueron los condilomas causados por HPV en al menos cinco casos (MC1, MP6, MC7, MU16, E2) y el herpes –tanto genital (MP6, MU16, MD17, E4) como labial (E15). Por último, y en menor medida, se mencionaron la uretritis gonocócica o gonorrea (E2, E15), la hepatitis C (MC7) y la hepatitis B (MD17). También hubo ocasiones en que los entrevistados se refirieron a lesiones diversas sin identificarlas con un diagnóstico específico de ITS, como por ejemplo eczemas y pruritos en el pene (E4), verrugas (E4), lesiones anales (MC1, E4) y lesiones genitales (MU16). Por último, sólo en un caso se mencionó “una parasitosis a nivel genital que da un flujo y que también es una enfermedad de transmisión sexual” (MC11) sin especificar mayores detalles.

En lo que respecta a las ITS más frecuentes en pacientes homo y bisexuales, se mencionaron el VIH (E10, MC7), la sífilis (MC1, E4, E2), el herpes (MP6), el HPV (MP6), los condilomas (MP6, E2), la hepatitis C (MC7) y la uretritis gonocócica o gonorrea (E2). Respecto del VIH, un médico residente en clínica médica (MC7) señaló que está “a la cabeza” en el caso de los homosexuales.

En cuanto a las particularidades que presentarían las ITS en estos pacientes, algunos dijeron no notar diferencias (MP6, MC7). Otros dijeron lo mismo pero a continuación resaltaron algunas, como fue el caso de una médica clínica, quien respondió “No. No, no he encontrado. Más lesiones a nivel anal” (MC1).

Varios resaltaron, sin embargo, que las ITS en personas homosexuales se manifiestan de un modo “más florido” o “más agresivo”. El médico urólogo, por ejemplo, dijo que si bien los condilomas y herpes se ven en pacientes con cualquier elección sexual, “en general son más floridos los cuadros en los homosexuales (...) tienen más lesiones, tienen lesiones más grandes, más expuestas, parecen cuadros más agresivos” (MU16)

Al respecto, es interesante señalar la asociación que aparece en algunas entrevistas entre la homosexualidad y VIH, lo cual aparentemente explicaría por qué serían más “floridos” los cuadros en estos pacientes. Un caso es el de la médica dermatóloga, quien dijo no identificar diferencias en lo que respecta a los gérmenes o bacterias de las ITS, pero sí en cambio en la parte clínica:

No creo que haya diferencia, que la bacteria o el germen haga diferencia... (...) Clínicamente puede ser. O sea, si son pacientes homosexuales pero que pueden tener un HIV diagnosticado o no, a

veces se manifiestan mucho más floridamente. Pero eso es por un problema de inmunidad. Y en general, todas las lesiones en piel de los pacientes HIV son muy exageradas o queman etapas o son gigantes o algunas lesiones no son como son las que pueden ser en un paciente con una inmunidad normal. No porque sea homosexual las va a tener diferente, sino me refiero a que si es homosexual probablemente tenga HIV y alguna alteración inmunológica (HOSPITAL 8 MD17).

El médico proctólogo (MP6) señaló la gravedad diferencial de las patologías ano-rectales:

Yo tengo una planilla de pacientes con lesiones perianales importantes (...) yo hace 22 años que soy médico o 23 y siempre he seguido a los pacientes con patología ano-rectal contagiosa, los he seguido, los he llamado, aunque hayan cambiado de médico, me aseguro que el paciente siga con tratamiento (...) es un paciente grave que puede contaminar (HOSPITAL 8 MP6).

También una enfermera que trabaja en consultorios externos de dermatología indicó que en los casos de sífilis los homosexuales presentan mayor cantidad de chancros y más “agresivos” que los heterosexuales.

R: En el heterosexual (...) no se nota, digamos, no viene con muchos chancros (...). En cambio como que es más agresivo en el otro [el homosexual], no sé si es por qué hay más frecuencia o no sé, o está la defensa muy baja pero como que...

P: ¿El homosexual viene con un chancro más potente digamos?

R: Sí, sí, muy agresivo, terrible (HOSPITAL 8 E4).

Por último, en lo que respecta a las ITS en pacientes travestis, las que se mencionaron con mayor frecuencia también fueron la sífilis y el VIH. Y en menor medida mencionaron los condilomas, herpes y hepatitis B. Respecto de la sífilis, una de las enfermeras dijo “pero fijate que últimamente se ve poco” refiriéndose a pacientes travestis (E10). Respecto del VIH, otra enfermera resaltó que se veía con mucha mayor frecuencia en pacientes travestis que en homosexuales. Así lo expresó:

Generalmente en todos los travestis y transexuales aparece el HIV. No tanto en homosexuales (...) Y... los transformistas, la mayoría son todos con HIV, pero hemos tenido homosexuales que no han tenido HIV (...) que han venido por otra cosa (...) (HOSPITAL 8 E13).

En cuanto a posibles particularidades en el modo en que se presentan las ITS en estas pacientes, varios coincidieron en no que habría diferencias (MC1, MU16, E13). Como señaló una enfermera travesti que trabaja en el hospital,

(...) todas la ITS son parecidas o iguales (...) porque el virus no sabe de sexo. El virus entra y no le interesa si es mujer u hombre, gay o lo que sea. No discrimina el virus (HOSPITAL 8 E15).

HOSPITAL 9

1) VÍAS DE ENTRADA

En sus respuestas los entrevistados mencionaron que la principal vía de ingreso es la consulta a médicos generalistas o clínicos (E2, E3, E4, E5, MC6, MC7, MI10, MI11, F15) y la guardia (E3, E4, E5, MC6, MI11). También se mencionaron los pacientes que provienen de los centros de atención primaria (E5, MC6, MI10). Las otras puertas de entrada son las consultas médicas por certificados pre-nupciales y los diagnósticos de ITS en los análisis de donantes de sangres, los cuales son derivados a infectología:

las personas que donan sangre que tienen alguna enfermedad de transmisión sexual, que son pocas dentro de lo que nosotros investigamos en el banco de sangre, lo que hacemos es derivarlos al consultorio de infectología” (HOSPITAL 9 MH17).

2) ATENCIÓN Y DERIVACIONES

En este hospital no hay un circuito estandarizado para la atención de las ITS. Así, se dijo:

- (...) no hay un circuito especial (HOSPITAL 9 MC6).
- (...) me parece que el mismo que con cualquier otra persona, no, no hay un circuito diferente (HOSPITAL 9 T1).
- Desconozco que haya un circuito puntual (HOSPITAL 9 MC7).

La médica infectóloga (MI11) mencionó una investigación (no se mencionó año de realización) sobre la atención de las ITS en el hospital. Señaló:

Nosotros hicimos una investigación sobre quién ve las ITS. La realidad es que la mayor parte de las ITS en este Hospital la ve la guardia, el médico general, porque en general son los certificados para las bodas... pre-nupciales. (...) Mayoritariamente consultan en la guardia y consultan a los médicos generales, menos a los dermatólogos por ahí por lesiones que terminan siendo ITS. (...) otra es que hacemos una pesquisa a la embarazada y en el niño (HOSPITAL 9 MI11).

Así, la atención de pacientes con ITS no se concentra en alguna especialidad médica determinada: pueden ser atendidas por médicos generalistas, clínicos, infectólogos, ginecólogos y, en menor medida, dermatólogos. Tampoco está centralizada en un servicio específico aunque la consulta “mayoritariamente” ocurre en la guardia. Sin embargo, una médica generalista que trabaja en Emergencias dijo que allí se intenta “descomprimir” la atención. De este modo “se los deriva a consultorios ambulatorios, tanto a admisión general, como Infectología como Clínica médica o Ginecología, según el caso. Nosotros tratamos de descomprimir el servicio de emergencias de patologías endo-emergentes (MC13).

Con respecto al consultorio de infectología, la misma profesional afirmó que allí más bien se detectan ITS y “no porque (...) nos consulten”. En su mayor parte, las

derivaciones a Infectología se realizan ante patologías denominadas “complicadas”, entre las cuales se nombra el VIH y la Hepatitis B (E2, MC7, MI10). Uno de los infectólogos (MI10) señaló que lo mismo ocurre en los centros de salud, destacando que la derivación a Infectología sólo se efectúa cuando surge “alguna cuestión más compleja”:

Sí, se atienden [ITS], la mayoría de las veces con un médico de atención primaria, o sea, con un generalista o con un médico clínico y, si es una cosa más compleja que la indicación de una medicación en particular, las derivan a Infectología. Igual, la mayoría de los médicos manejan bastante bien, más los de Guardia, el hecho de darles todo el tratamiento de la enfermedad (...) Salvo que tengan alguna cosa compleja que requiera controles de Infectología (HOSPITAL 9 MI10)

3) OTROS ASPECTOS

Demandas de los pacientes sobre cuidado de la intimidad

La farmacéutica (F15) observó que los pacientes con ITS prefieren que su proceso terapéutico se desarrolle en el mismo servicio y de ser posible siempre con el mismo médico para no “exponer” o “dar conocimiento de su intimidad”:

(...) es que ellos [los pacientes con ITS] tratan de terminar en un lugar, porque aparentemente es como... que ir a varios lugares es como dar conocimiento de su intimidad. Entonces es exponerse, y quieren terminar todo en un lugar, incluso con un médico en particular. Varios que me han preguntado ‘usted sabe que me atendió por esto’, ‘yo quiero ver a tal médica’, es como que hay continuidad en cuanto al médico (HOSPITAL 9 F15).

Recomendaciones en la consulta

Sólo la mitad de los entrevistados mencionó las recomendaciones que efectúan en las consultas por ITS. Esas recomendaciones focalizan en el manejo de las vías de transmisión, evitando el contagio o la re-infección. Se trata de medidas de higiene y cuidados propios y de otros en la familia y en las relaciones sexuales. También se cita a la pareja. Ningún profesional hizo referencia al uso del preservativo. En las recomendaciones y consejos explicitados sólo se nombró “prevención” y “barrera”, quedando el preservativo como un implícito, sin nombrar.

Entre las indicaciones frente a una ITS se encuentra también la solicitud de un test para VIH (MI11).

4) PRINCIPALES ITS

La ITS más nombrada en este hospital fue el VIH (MI10, MI11, MC13, E2, E4, E5, E16) y en segundo término la sífilis (MI11, E2, E4) que, como señaló una enfermera, “ha aumentado mucho” (E2). En menor medida se mencionaron la hepatitis B (MI11, E2), la uretritis gonocócica o gonorrea (E2, E3), la hepatitis C (MI11) y los condilomas (MI11). También se hizo referencia a abscesos anales (E4), a “alguna micosis” (E4), y a

“gérmenes no comunes para al tracto urinario, con gonococcia” (MC13). Se mencionó, asimismo, el sarcoma de Kaposi como un problema “relacionado con el VIH” (MI11). Por último, hubo un caso en que se mencionaron los chancros en forma independiente de la sífilis (E3).

En lo que respecta específicamente a pacientes homo y bisexuales, también el VIH se registró como la ITS más frecuente (MI11, E2, E4) junto con la sífilis (MI11, E2, E3) y los condilomas (MI11, MC18). Como puede verse en el siguiente extracto de una médica infectóloga, estas dos últimas se presentarían asociadas con el VIH:

Sífilis, sífilis va a la cabeza. Sífilis y condilomas (...) Perdón, perdón, y el VIH. Que va a la cabeza en el diagnóstico en este momento, el VIH. No te olvides que las ITS son puertas de entrada del VIH. Entonces, vos diagnosticas una lúes y tenés que, obligatoriamente, que hacer el VIH (HOSPITAL 9 MI11).

Una médica generalista, en cambio, señaló que el VIH en pacientes homo y bisexuales “no es tan frecuente, pero sí tendremos uno o dos casos mensuales” (MC13). Y, según dijo, las más frecuentes en estos pacientes serían aquellas “relacionadas al tracto urinario”

Respecto de las diferencias que podrían presentar las ITS en estos pacientes, la mayoría dijo no identificar ninguna (E3, E4) “salvo que esté enfermo de Sida y que se manifieste de forma más grave en este paciente”, como señaló una médica generalista (MC13). De igual modo, una enfermera marcó una particularidad que tiene que ver con características que ella imagina tienen los pacientes homosexuales:

Sí, [hay diferencias]. Por ahí el homosexual es como que lo toma más livianamente... o sea, le produce un shock a esta persona, pero, es como que el proceso de aceptación de la enfermedad, si hablamos del HIV, es más corto que [el de] una persona heterosexual (HOSPITAL 9 E2).

Por último, en lo que respecta a las ITS que se presentan en pacientes travestis, los entrevistados nombraron repetidamente el VIH (E2, E4, E5, E16, MC6, MI10, MI11) y en segundo término la sífilis (E2, E4, MI10) y la hepatitis B (MI10, MI11). En menor medida mencionaron los condilomas perianales (MI11) y otras enfermedades sin diagnóstico específico como “algunas enfermedades de la piel” (E3) y “algunas infecciones... de tipo... anales... abscesos, cosas así” (E4).

Ante la pregunta sobre las particularidades que presentarían las ITS en pacientes travestis, varios dijeron no identificar diferencias, aunque una enfermera dijo que las ITS en estos pacientes “son más severas”, lo que atribuyó a lo que considera son las condiciones laborales de la mayor parte de las travestis que se atienden en el hospital:

Son más severas (...) Pienso yo que... digamos por, por ahí puede ser... por la condición. Porque por lo general este tipo de personas son, trabajan... se prostituyen. La mayoría que se interna son gente que trabaja en la calle. Y por ahí, son gente que trabaja por su cuenta y que no llega a acceder, qué

sé yo, a una libreta sanitaria y a todas esas cosas que se les da a gente que labura en hospital y esas cosas (...) Estarían más, más, digamos, por fuera del sistema de controles. Entonces, sumado a las condiciones de higiene, y demás... (HOSPITAL 9 E4).

HOSPITAL 10

1) VÍAS DE ENTRADA

Los entrevistados coincidieron en señalar dos posibles vías de ingreso: las derivaciones de los médicos de cabecera y la guardia, “el lugar más cómodo” para la demanda de los pacientes:

Su recorrido pueden ser dos opciones (...) viene generalmente derivado de su médico de cabecera... o va a la guardia que es el lugar más cómodo, y ahí el médico generalmente le hace una prueba diagnóstica, lo medica, o lo medica directamente cuando es muy evidente (HOSPITAL 10 MI8)

No obstante, la médica dermatóloga (MD1) desplegó un abanico más amplio de posibles vías de ingreso:

(...) el paciente ingresa por la guardia por el clínico o por Infectología o por Dermatología, Urología. Digamos que depende del síntoma que tiene a qué sitio va (HOSPITAL 10 MD1).

2) ATENCIÓN Y DERIVACIONES

En numerosos casos se resuelve la dolencia en el marco de la misma guardia. Así lo presentó la infectóloga (MI11) quien señaló que ella se encuentra permanentemente disponible (“tengo un celular abierto” para responder interconsultas con los médicos de guardia. Enfatizó además que allí la atención de ITS se encuentra “normatizada”:

(...) en general es por guardia (...) yo tengo un celular abierto, a mí me llaman permanentemente de la guardia para consulta. Pero saben perfectamente el manejo, que sé yo si fuera un caso de una violación... está perfectamente normatizado eso. Si no, te llaman y te consultan (HOSPITAL 10 MI11).

En este hospital se señaló un cambio en la modalidad de atención de las ITS (sin precisión sobre el “antes” referido más abajo): previo a la creación del servicio de Infectología, Dermatología tuvo a su cargo la atención de estas enfermedades en el “partido”. La dermatóloga dijo: “ahora que está Infectología vemos menos ITS”.

(...) antes por dermatología se hacía toda la centralización de ETS del partido (...) Antes teníamos un sistema que rastreábamos a diario los cuadernos y la social iba y buscábamos ... eso no lo hacemos más. Igualmente ahora hay, los vemos, los atendemos, son atendidos los contactos... Todo esto que ves acá (señala) son todas fichas de ITS (HOSPITAL 10 MD1)

El médico de Infectología refrendó señalando que su servicio “no es un consultorio de VIH” sino que también “un contexto amplio de infecciones”:

(...) atiendo infecciones urinarias, infecciones asociadas a prótesis, a válvulas, embarazadas con análisis positivos con toxoplasmosis. O sea que no es un consultorio de VIH, sino un consultorio de infectología y dentro un grupo de gente con infecciones de transmisión sexual que, bueno, por ahí las veo un poco más porque fuera de las comunes otras, somos dos los que tratamos, bueno sífilis tratan gonorrea tratan, pero HIV tratamos dos infectólogos (HOSPITAL 10 MI8).

Sobre los recorridos que efectúan estos pacientes en el hospital, se recogieron distintas versiones. El médico urólogo dijo que su atención “depende” del día que ingrese el paciente:

P: ¿Cómo es el recorrido que hace acá en el Hospital?

R: Bueno, a ver... depende el día. Porque por ejemplo si es un lunes. Nosotros atendemos lunes, miércoles y viernes. Si es un lunes o un miércoles yo tengo la oportunidad de decirle ‘bueno mirá, te vas ya al laboratorio, urgente’. Le pongo urgente, suponete, una uretritis, que le hagan un hisopado (HOSPITAL 10 MU17).

La enfermera que trabaja en Infectología (E13) mencionó la derivación desde Clínica a Dermatología:

Es derivado por un clínico a Dermatología. Dermatología lo trata, si es para internar se interna y la dermatóloga lo sigue junto con el clínico a donde sea internado o, si no, le hacen un seguimiento con citación para próximas visitas a consulta (HOSPITAL 10 E13).

El jefe de Clínica médica (MC7) mencionó distintas posibilidades de derivación, al infectólogo, al urólogo, al dermatólogo, según lo que “se ve qué es” a partir del análisis inicial:

(...) automáticamente se hace la consulta con el médico que está especializado, si es una de transmisión sexual, al infectológico, o lo que fuera como cualquier otro tipo, virales o que generan una alteración en sus órganos sexuales está la consulta con el urólogo, el dermatólogo, que hacen infecciones de transmisión sexual y obviamente el infectólogo (HOSPITAL 10 MC7).

De todos, fue Infectología el sector mencionado con más frecuencia.

- Por el proctólogo: “Acá hay una especialidad que es infectología en el Hospital o en el sistema de salud de HOSPITAL 10 (...) Y cuando sale de nuestro tratamiento sigue en contacto con la gente de Infectología que es quien maneja este tipo de patologías” (MP9)

- Por el bioquímico: “No sé si está exactamente establecido el recorrido. Sé que debería tener el seguimiento como ETS, con el infectólogo. Infectólogo, laboratorio y (...) farmacia, pero siempre pasando por infectólogo” (B18)

- Por el farmacéutico: “cae a la guardia, le hacen análisis, le da positivo, automáticamente se comunican con el infectólogo (...) y ya nosotros tenemos un

pequeño piso de medicamentos, un “colchoncito” (...) lo incorporamos adentro del sistema” (F16)

3) OTROS ASPECTOS

La guardia es “el lugar más cómodo” y la percepción de la “urgencia” por parte de los pacientes

El médico infectólogo del hospital indicó la conveniencia de la intervención en guardia y destacó el punto de vista de los pacientes y su percepción de la “urgencia” en estos casos:

(...) la mayoría de los problemas se resuelven en la guardia (...) la guardia es el lugar más cómodo para ser asistido sin tener que esperar, entonces el problema crónico se transforma, bueno yo necesito que me atiendan ahora, entonces voy a la guardia. (...) no será urgente pero “yo necesito atención ahora” entonces ahí empieza un conflicto. A veces el conflicto se dirime con... bueno muy bien, esto y esto tome esto y vaya a su médico, pero esto resuelve su situación. ‘Yo, mire, yo no puedo sacar turno, no tengo tiempo, soy camionero, tengo que viajar’ (HOSPITAL 10 MI8).

4) PRINCIPALES ITS

Entre las ITS que se mencionaron con mayor frecuencia, registramos en primer término el VIH (MC7, MI8, MI11, E15), seguido del HPV (MU17, E14) y de la sífilis (MI8, MI11). Con respecto al HPV, el médico urólogo hizo mucho énfasis en su notoria frecuencia, señalando que “el HPV a la cabeza de todos, por varios cuerpos, por varios cuerpos” (MU17). La sífilis, a diferencia de lo que se dijo en otras ciudades, se mencionó con menor frecuencia. Incluso un médico clínico (MC7) dijo que se estaba viendo mucho menos y una enfermera dijo que a lo sumo vio dos casos en los cuatro años que llevaba trabajando en el hospital (E14). Otra enfermera destacó: “dicen que hay mucha... [muchos] casos todavía de sífilis, pero yo no los he visto particularmente” (E15).

Otras ITS que se mencionaron en menor medida fueron la gonorrea o uretritis gonocócica (MI8), las micosis y hongos (MC7), la balanitis (MD1) y la clamidia (MI11). También se hizo mención a “secundarismos”, como el secundarismo sifilítico (MD1).

Cabe aclarar que en algunas ocasiones no se formuló la pregunta específica por las principales ITS pero los entrevistados mencionaron algunas. Es el caso de un médico clínico, quien al referirse a las recomendaciones que se dan en caso de diagnosticarse una ITS, dijo:

O sea, viene un paciente y te dice ‘bueno doctor vengo porque tengo un lesión en el aparato genital’, entonces, bueno, ver si es una lesión, si es una herida, si es un tumor (...), si es una verruga, si es una secreción, si es una pus y a partir de ahí comienza a hacer una investigación, a hacer un interrogatorio (...) Investigar, de alguna forma, cómo pudo haber llegado a esa situación,

¿no? (...) Si tiene un Sida accidental o tiene Sida de hace rato o simplemente fue una enfermedad de transmisión sexual: una blenorrea, una sífilis, depende (HOSPITAL 10 MC6).

La pregunta respecto de las principales ITS que se presentan en pacientes homo y bisexuales se formuló en pocas ocasiones. Un médico clínico respondió que no podía contestar a esa pregunta ya que generalmente desconocía la elección sexual del paciente porque “tampoco uno le pregunta qué tipo de sexualidad tiene la persona cuando viene” (MC7). El médico proctólogo, por su parte, mencionó varias patologías anales (fisuras, hemorroides extremas, prolapsos, disfunción rectal) aunque no como ITS sino como los motivos por los que habitualmente consultan los pacientes homo y bisexuales (MP9).

Por último, en lo que respecta a las ITS en pacientes travestis, es escasa la información de la que disponemos en las entrevistas. Como varios entrevistados dijeron no contar con experiencia en la atención de estas personas (MI8, MP9, E3, E5, E14, E15), no se les formuló la pregunta. También hubo casos en que dijeron no haber atendido personas travestis con ITS (E13) y otros dijeron que no se identificaban particularidades sino que consultaban “como cualquier otra persona” (MI11). Por último, algunos se refirieron a su experiencia en casos puntuales, como la médica dermatóloga que habló de una paciente travesti con “secundarismo sifilítico” (MD1) y el médico urólogo que habló de otra con “lesiones en el pene” (MU17). Asimismo, un médico clínico (MC6) dijo que “probablemente” las pacientes travestis presentasen mayor frecuencia de sífilis, lesiones anales, condilomas, verrugas y blenorrea, pero no refirió esta afirmación a experiencia alguna sino que la formuló como una suposición.

HOSPITAL 11

1) VÍAS DE ENTRADA AL CIRCUITO

El ingreso puede darse por guardia (en lo cual coinciden la mayoría de los entrevistados), pero también por consultorios externos de Infectología, Dermatología, Urología y del Centro de Atención de Pacientes con VIH. Al igual que los pacientes con VIH, la llegada al hospital de los afectados por ITS también puede ser por derivación de un centro de salud periférico.

2) ATENCIÓN Y DERIVACIONES

A diferencia del circuito establecido para pacientes con VIH-Sida, no se evidencia un circuito específico para los pacientes con ITS. Así lo señaló el médico a cargo del Centro de Atención de Pacientes con VIH:

(...) no hay un circuito específicamente organizado, porque al Hospital puede llegar por distintas vías. Al Centro nuestro llegan prácticamente todos los pacientes con HIV, hay un servicio de Infectología que pueden llegar los pacientes más con una ETS o Dermatología o de Urología o por guardia. Eh... pero no hay un circuito donde sigue una vía común, eso no existe en nuestro Hospital (HOSPITAL 11 MC17).

Una vez diagnosticada la ITS, la continuidad de la trayectoria del paciente y su derivación depende de la sintomatología y el estado general del mismo. Como afirmó una enfermera de consultorios externos (E3), a partir del ingreso en la guardia, una vez diagnosticada la ITS, se inicia el tratamiento y se evalúa la derivación del paciente:

(...) primero pasa por la guardia. Guardia lo deriva, le hace los laboratorios, si no te dice qué es lo que tiene, hasta que se detecta pasa un par de días. (...) generalmente van a la guardia. Cuando ya están totalmente infectados, entonces hacen la consulta y ahí sí se los empieza con el tratamiento y se los manda al consultorio. Hay muchísimo de eso (HOSPITAL 11 E3).

Según una enfermera de una de las salas de internación, también se presentan situaciones que requieren internación:

En la guardia, miles de veces hemos visto pacientes que han venido, supónete por un estado febril. Y acá se empiezan a hacer los estudios, se le detecta la enfermedad, se le informa, supónete que piden de internarlo, de ahí lo mandan a la sala, a internación (HOSPITAL 11 E5).

Como en otras ciudades, la médica dermatóloga planteó que la modalidad de atención de ITS había cambiado respecto del pasado. Así, recordó el tiempo en que la mayor demanda recaía en Dermatología y Ginecología. Pero a diferencia de lo señalado en otros casos (el paso de la atención a Infectología), en esta ciudad los cambios se asociaron a que una parte significativa de las consultas por ITS las resuelven los distintos profesionales de los centros de atención primaria de la salud, incluidos los médicos generalistas, y a que los pacientes demandan directamente a los consultorios de especialidades médicas como Urología y Ginecología. Destáquese que en el caso de “lesiones perianales”, esta profesional deriva a Gastroenterología.

(...) cuando me formé veíamos muchas más consultas derivadas (...) se relacionaba mucho con el servicio de Ginecología y seguíamos los controles. Todas las semanas veíamos uno, dos pacientes con sífilis o blenorragia y así podríamos seguir, pero esto también ha cambiado porque como se instituyeron los centros de salud periféricos, donde ahí está el médico generalista o sea la asistencia primaria, está el médico generalista, el ginecólogo, el pediatra, como mínimo. Estos pacientes yo creo que hay muchas consultas que se evacúa y que se resuelve ahí, el generalista está capacitado para eso. A su vez hay muchos pacientes que van directamente al servicio de Urología que tampoco vemos o Ginecología, entonces qué vemos ahora en dermato? Una sífilis cada tanto, la vemos porque seguimos viendo pacientes con sífilis o pacientes HIV positivos que tienen muchas patologías dermatológicas. Entonces ese circuito es, es concreto de cada servicio (...) De todas formas, nosotras cuando viene acá, hacemos tratamiento de la pareja, hacemos los controles, si hay lesiones perianales también mandamos a Gastroenterología y siempre tratamos de que vuelva para tener el paciente no tan atomizado (HOSPITAL 11 MD13).

3) OTROS ASPECTOS

Recomendaciones en la consulta

Los entrevistados coincidieron en que en las consultas por ITS los temas que aparecen con mayor frecuencia son aquellos relacionados con la prevención y las vías de transmisión.

4) PRINCIPALES ITS

En cuanto a las principales ITS que se atienden en este hospital, se mencionaron en primer término el VIH (MD13, MC17, E2, E5, E10) y la sífilis (MD13, MI8, MC17). En menor medida los entrevistados nombraron los condilomas por HPV (MC15, MC17), la gonorrea (E3) y el cáncer de ano (E5). Por último, se mencionaron “infecciones perianales” sin indicar un diagnóstico específico (MC16).

Las ITS más frecuentes en pacientes homo y bisexuales también fueron el VIH, la sífilis y en menor medida los condilomas. En cuanto a las particularidades, varias respuestas fueron del tipo “son las mismas para todo el mundo” (MI8), “para todos es lo mismo” (E2), “no noto diferencia” (E5). Sin embargo, algunos distinguieron especificidades en lo que respecta a la frecuencia y al modo en que se presentan las ITS en estos pacientes.

Un aspecto a destacar es que –al igual que en otros efectores en los que oportunamente fue indicado– algunos entrevistados hicieron referencia a una mayor incidencia de sífilis en el último tiempo. Y, en particular en este hospital, dijeron que esa incidencia era mayor en pacientes homosexuales, bisexuales y travestis. Así lo expresaron dos entrevistados, uno de ellos médico infectólogo y el otro el médico clínico que trabaja en el Centro de Atención de Pacientes con VIH:

En este momento hay un rebrote de sífilis y se están viendo muchos casos (...) Hay un rebrote de sífilis y creo que la incidencia es mayor en varones homo y bisexuales y fundamentalmente en travestis (HOSPITAL 11 MI8).

En este momento observamos una especie de epidemia dentro de esta epidemia que es la sífilis. Y la mayoría de la gente que viene con sífilis son varones homosexuales, eso lo estamos viendo marcadamente (HOSPITAL 11 MC17).

Otra particularidad que señalaron los entrevistados es que la diferencia de las ITS de pacientes homo y bisexuales “es la frecuencia”. Como lo explicó el médico que aHOSPITAL 2mos de citar, “condiloma (...) tienen los dos, sífilis tienen los dos; lo que sí, la frecuencia es mayor en la población homosexual” (MC17). Un residente de clínica médica expresó una opinión similar cuando dijo que en términos de incidencia sí podía identificar particularidades, aunque reconoció que tal vez su mirada estaba algo sesgada:

Por ejemplo, vemos más frecuente las condilomatosis por HPV en región perineal (...) Pero ya te digo, es una cuestión de práctica (...), o sea, bibliografía acerca de eso, la verdad, no [tengo]. De la práctica, condilomatosis florida. Y eso uno la ve más en (...) varones homosexuales (...). Pero ya te digo quizás hay, es un sesgo observador, porque a lo mejor uno lo busca más ¿no? (HOSPITAL 11 MC15)

Asimismo, otro residente de clínica médica dijo que si bien las ITS que se presentan en homo y bisexuales “son exactamente las mismas” que en otros pacientes, “por ahí, hay más infecciones perianales, puede haber más en pacientes homosexuales” (MC16). Por su parte, la médica gastroenteróloga dijo que creía que había lesiones que se daban con más frecuencia en estos pacientes, como los condilomas anales y las lesiones herpéticas, pero que no podía afirmarlo porque “estoy un poquito alejada del área así que...” (MG18).

En cuanto a las ITS que se presentan con más frecuencia en pacientes travestis, se mencionó en primer término el VIH y en segundo lugar la sífilis. Respecto de posibles particularidades, si bien se señaló a las travestis presentan ITS “como todo el mundo” (MI8), varios destacaron la mayor frecuencia con que se ven en estas pacientes (MC11, MC15, E2), lo que atribuyeron al trabajo sexual. Así lo expresó uno de los residentes de clínica médica:

(...) no sé si relacionar el travestismo con la promiscuidad, pero quizás sí. Como un sentido común lo digo, pero me parece que hay muchos más travestis prostituyéndose que gays haciéndolo, que lesbianas haciéndolo. Creo que a lo mejor está un poco más ligado a la promiscuidad, o no (HOSPITAL 11 M15).

Por último, también se dijo que las pacientes travestis, si bien presentan las mismas ITS que el resto de los pacientes, acostumbran a acercarse a la consulta cuando las enfermedades ya están avanzadas, tal como lo expresan los siguientes dos testimonios:

Sí, son las mismas; lo que pasa es que ya vienen con procesos más avanzados. Generalmente lo que vemos acá es eso (HOSPITAL 11 MC16).

Las mismas, las mismas. (...) Nosotros tenemos fundamentalmente los travestis HIV positivo, ¿no es cierto? O sea que son los mismos de todos. Lo que noto, por ejemplo, es que consultan más tardíamente y muchas veces cuando le afecta su relación con los clientes, cuando se hace ostensivo (HOSPITAL 11 MC17).

HOSPITAL 12

1) VÍAS DE ENTRADA

La mayoría de los entrevistados señaló que la vía de ingreso utilizada por los pacientes son los “consultorios de ETS”. En menor medida se mencionó la posibilidad de que dicho ingreso se realice por consultorios de Clínica médica y por guardia. Dos entrevistados dijeron desconocer el circuito de atención de las ITS (TS1 y E5).

2) ATENCIÓN Y DERIVACIONES

La atención de estos pacientes se concentra en los “consultorios de ETS”. Caracterizado como un consultorio “especial” que se dedica “específicamente” (E6 y MD15) a la atención de las ITS y mencionado por el infectólogo (MI11) como un sector “separadito”, el consultorio de “ETS” atiende a la mañana por demanda espontánea:

Directamente se anotan en el consultorio especial digamos, no tienen que hacer cola en general digamos, un sector, separadito, se anotan a las 7, 8 de la mañana y nosotros arrancamos (HOSPITAL 12 MI11).

La médica dermatóloga que trabaja en este consultorio describió su trabajo y comentó que atiende siempre a la totalidad de personas que concurren:

Directamente el paciente viene al consultorio, a los lugares donde estamos atendiendo nosotros, es anotado en la planilla por la secretaria, yo llego y los atiendo. Muchas veces llegan cuando yo ya tengo la planilla en mano, yo ya comencé a atender y media hora, una hora después que yo estoy atendiendo llegan y los atiendo a todos, los reto porque tienen que venir temprano, les digo “qué se creen esto es un hospital” pero atiendo a todos, siempre salgo y digo ¿hay alguien más para mí? (HOSPITAL 12 MD17)

En los casos en que los pacientes acceden inicialmente a la guardia o a los consultorios de Clínica médica, allí no se les suministra tratamiento alguno y son derivados directamente al consultorio de ETS:

No lo atienden en la guardia, generalmente la consulta es por la guardia y por consultorio externo, pero los médicos los orientan, o sea no hacen ningún tratamiento nada, para que se encargue el sector de ETS (HOSPITAL 12 E13).

En el mismo sentido se expresó un médico clínico (MC16):

(...) ellos vienen por ejemplo y dicen, he tenido una relación, no me cuidé, estoy con ardor al orinar, estoy eliminando pus, entonces uno sabe que tiene que derivarlo a enfermedades de transmisión sexual directamente. No lo tratamos ni en la guardia, no lo tratamos aquí tampoco, porque hay una contención mejor en ETS. Por lo menos hablando el mismo idioma con los médicos de guardia, no lo hacemos. Por supuesto no es en el 100 % pero en la mayoría los mandamos a que saque turno, a que lo vea la profesional de ETS (HOSPITAL 12 MC16).

También se atienden pacientes con ITS en Dermatología e Infectología, aunque en menor cantidad (MI11). La médica infectóloga describió los pasos que se siguen: pedido de análisis, se tratamiento y control “la semana que viene” y denuncia epidemiológica. También se ofrece la realización del “test para el VIH”, porque “son las

mismas vías de transmisión. A veces se hacen también en la misma revisión del paciente, en la misma revisión, se examina genitales y se encuentra alguna ETS” (MI9).

Un técnico precisó la trayectoria que siguen los pacientes que llegan al Laboratorio y que puede incluir la realización de un test para VIH. Parafraseamos:

- Primero lo ve un médico clínico (...)
- el médico clínico lo envía a consultorio de ETS, y
- de ahí ya lo derivan a laboratorio, le hacen un pedido de laboratorio específico, que puede ser una VDRL y
- si le da positivo la VDRL obviamente que ya pide un análisis ya específico de VIH, y lo hacen al estudio ya en virología (HOSPITAL 12 T10).

3) OTROS ASPECTOS

Recomendaciones en la consulta

Los médicos indicaron entre otros temas que se abordan en la consulta “los medios de contagio” y “la educación sexual”. Las inquietudes pueden partir del propio paciente o del médico, quien con distintas estrategias maneja la situación. Los criterios son heterogéneos. Algunos basan su recomendación en el uso del preservativo como único medio de prevenir las ETS. Otros enfatizan, con distintas estrategias, la cuestión del manejo de la relación con la pareja. Ello implica, como en el segundo extracto, “mentir” “muy tranquila” porque “una infidelidad no es motivo de separación”:

(...) lo primero que pregunto es cómo vamos a manejar ahora el tema familiar (...) ¿sos casado o soltero? Casado. Bueno, ¿cómo vamos a manejar esta situación? Tenés relaciones con tu mujer ¿cómo vas a hacer si tu mujer quiere tener relaciones? si nunca usaste profiláctico. La mujer va a sospechar... ese es el tema ¿y ahora cómo nos manejamos para hacer el tratamiento? (...) siempre uno trata de hablarlo y si es una enfermedad de transmisión sexual decirle al paciente “bueno vas a tener que traer a tu mujer también o a tu marido, y te tenés que hacer los análisis”, pero ahí en ITS es más difícil (HOSPITAL 12 MG18).

Yo no me puedo poner en juez y jurado en cuanto a una pareja casada, juntada o lo que fuere... yo pienso que una infidelidad no es motivo de separación, esa es mi opinión personal, entonces cuando surgen estos casos yo a la esposa del paciente, a la señora o al paciente le digo que el contagio vino del baño, de la tortuga, de lo que fuese, si ellos tienen problemas maritales que lo solucionen ellos hablando... pero yo no creo que una infidelidad deba ser causa de la separación de una pareja, entonces yo miento, muy tranquila. Yo no lo juzgo al paciente, no lo juzgo por su conducta sexual, no lo juzgo por su condición, no lo juzgo por su inclinación y no lo juzgo si es promiscuo o no, si ha tenido relaciones o tiene dos mujeres (HOSPITAL 12 MD17).

En este punto, el médico infectólogo (MI11) remarcó que “no le podemos dedicar

mucho tiempo a la prevención” debido a la gran cantidad de pacientes que atiende. Así, según dijo, se limita a entregar folletos informativos y preservativos, sin tiempo para nada más:

Te digo que son 18 pacientes por día todos, onda que es mucha. No le podemos dedicar mucho tiempo a la prevención, o sea tomá el folleto, tomá el preservativo, ¿lo sabés usar? Sí, todos saben. Inculcar desde las práctica, no teoría, porque, te digo la verdad, no tenemos tiempo (HOSPITAL 12 MI11).

4) PRINCIPALES ITS

Si bien en este hospital varios entrevistados dijeron no participar –o hacerlo con escasa frecuencia– en la atención de ITS (E5, E12, E13, E14, MP17), pudimos reconstruir un listado de enfermedades bastante amplio. Las más nombradas fueron la sífilis (MI9, MI11, MD15, MD17, E5, E6), la uretritis gonocócica o gonorrea (también identificada como blenorragia) (MI9, MI11, MD17, MG18), el VIH (MI9, MI11, MD15, E5), los condilomas (MI11, MG18), el herpes (MI9, MG18, MD17) y el HPV (MI9, MD17). También, y en menor medida, se hizo referencia a ulceraciones (MI9), verruga genital (MI9), secreción purulenta por ano (MI11), hepatitis B y C (MG18), lesiones perianales (MG18), úlceras por citomegalovirus genitales (MG18), proctorragia (MG18) y balanitis (MD17). Y por último, “las que no son ETS, como hemorroides, que no son ETS pero sí relacionadas (...) con las prácticas” (MG18). Una particularidad de este hospital es que si bien varios entrevistados mencionaron la sífilis, al menos tres aclararon no haber visto casos con casos demasiada frecuencia (MI9, MI11, MG18).

En cuanto a los pacientes homo y bisexuales, los entrevistados no identificaron grandes diferencias en lo que respecta a las ITS que presentan, aunque sí hubo varios que se refirieron a una mayor frecuencia en determinadas patologías. Fue, por ejemplo, el caso de los condilomas (MI11, MG18) y de otras lesiones en la zona anal vinculadas con las que serían sus prácticas sexuales más frecuentes, como lo expresan las siguientes entrevistadas:

En homosexuales (...), bueno, sí puede haber algún compromiso anal, por ejemplo. O sea las gonocócicas, que habitualmente en el paciente hetero (que no realizan prácticas anales, digamos) puede ser uretritis, acá pueden ser proctitis (HOSPITAL 12 MI9).

No he visto mucha diferencia en los pacientes homosexuales con los heterosexuales en cuanto a las patologías que presentan. Tienen también su blenorragia, nada más que, bueno, por ahí una blenorragia anal, ¿no es cierto?, sífilis con lesiones en la zona anal, porque ¿viste...? la lesión sale, como decía el profesor... la lesión sale por donde se peca (HOSPITAL 12 MD17).

Con respecto a las particularidades en personas travestis, las entrevistas presentan escasa información. Mientras que algunos dijeron no registrar diferencias específicas con otros pacientes (MC2, MI9, MI11, E5), otros dijeron que no recordaban haber atendido pacientes travestis con VIH (E6). Una enfermera señaló, en cambio que “yo la

mayoría de los que conozco acá son los del HIV (...) la gran enfermedad en este momento para mí es el HIV” (E13), y en ese sentido coincidió en parte con una de las dermatólogas (MD15), quien indicó que el VIH (junto con la sífilis) eran las ITS más frecuentes en estos pacientes. Por su parte, la otra dermatóloga sostuvo que las pacientes travestis presentan “más patología en la zona anal” (MD17).

HOSPITAL 13

1) VÍAS DE ENTRADA

Los entrevistados dieron cuenta de una multiplicidad de vías de ingreso a la atención: guardia y consultorio externos (MC8); infectología (MI6, F10, MD13); Ginecología (E3); Clínica médica (MC7) y Dermatología.

2) ATENCIÓN Y DERIVACIONES

En su recorrido en este hospital, la atención de los pacientes con ITS parece desembocar principalmente en el consultorio de Infectología. Del mismo modo que para el circuito VIH, el consultorio de Infectología recibe pacientes cuyos análisis son solicitados en otros servicios y otros que concurren directamente:

(...)por un lado están que de otras especialidades nos deriven (...) y la otra vienen bastantes pacientes pidiendo ya serología o por consultas de infección de transmisión sexual, consulta directa y por derivación (HOSPITAL 13 MI6).

La médica clínica (MC6) que atiende en Infectología mencionó la diferencia con relación al abordaje de los pacientes en Urología. Mientras que en Urología se “trata puntualmente la consulta”, en Infectología se integra en el abordaje la consideración de “las otras patologías asociadas” y se efectúa “todo el aconsejamiento” que se requiere (véase extracto en el punto 3). Por este motivo “con los años han entrado a derivar más”:

Tradicionalmente las enfermedades de transmisión sexual, en varón, las atendían los urólogos, las siguen atendiendo y con los años han entrado a derivar más a Infectología, porque ellos hacían un abordaje directo del tratamiento pero sin estudiar al paciente, o sea que se trataba puntualmente la consulta o sea que si se trataba de una supuración, daban tratamiento para esa supuración pero no lo abordaban al paciente como para tratar algunas de las otras patologías asociadas (HOSPITAL 13 MC6).

Existe, según se dijo, un vínculo entre Infectología y Dermatología en lo que refiere a diagnóstico, atención e interconsulta en distintas patologías:

(...) si es una sífilis incluso creo que es patrimonio más de dermatólogos ¿no? Yo la trato, pero bueno, siempre los llevo por alguna (...) Infectología nos derivan a nosotros, si ya están con la ITS

diagnosticada y porque tiene alguna manifestación en piel que ellos quieren que los orientemos. Cuando es a la inversa, si nosotros lo atendemos y tenemos una sospecha en el test, pedimos en el laboratorio, nos da positivo [¿Elisa?], inmediatamente yo lo llevo a Infectología (HOSPITAL 13 MD13).

En Clínica médica, según planteó el entrevistado MC8, se atienden ITS “si el paciente no tiene compromiso” debido a que “prácticamente tenemos protocolizado lo que es la medicación y el diagnóstico del paciente”. En el mismo sentido se expresó una médica del mismo servicio quien. Ante pacientes con ITS, evalúa si “lo puede manejar” ella y en ese caso la atención continúa en su consultorio. En su defecto realiza la derivación a Infectología.

El paciente viene por una consulta, no dice por qué, saca un turno en mesa de entrada, sufre una infección urinaria o con disuria, va todo para clínica médica. Yo lo recibo con Clínica médica, trato de investigar qué problema tiene, de hacer el interrogatorio y ver si es alguna ITS, tratar de derivarlo, de hacer los pedidos básicos y de ahí hacemos la derivación a Infectología, o bien queda. Si lo puedo manejar yo, queda conmigo y lo sigo controlando por clínica (HOSPITAL 13 MC7).

De todos modos, esta médica señaló la dificultad que plantea el seguimiento de pacientes en Clínica debido a que no es posible garantizar la continuidad del tratamiento con el mismo profesional.

El tema es que por consultorio de clínica no tenemos (...) ese regreso del paciente y ese control, no lo encantamos al paciente, como son los distintos médicos, distintos días o a veces vienen los cambios en los horarios entonces el paciente también no tiene el mismo médico que ya le tiene confianza de hacerle las consultas o bien son muy espaciados (HOSPITAL 13 MC7.)

3) OTROS ASPECTOS

Aconsejamiento en ITS: “el paciente con ITS se considera que es un paciente que se puede perder”

La médica infectóloga (MI6) fue la única entrevistada que mencionó la necesidad de realizar aconsejamiento, principalmente debido a que el paciente ITS es considerado un “paciente que se puede perder”. Por este motivo señala que en la primera consulta “se trata de hacer todo”:

(...) no es sólo el análisis, sino que hay que hacer todo el aconsejamiento, porque además el paciente con ITS se considera que es un paciente que se puede perder. Entonces, en la primera consulta una trata de darle, no sólo toda la información, sino trata de ser lo más, digamos, no sé si decir, como para convencerlo al paciente, como para que ese paciente, aun cuando no vuelva para aquí, se adhiera al menos a seguir, por ejemplo al menos en el laboratorio de referencia porque nosotros consideramos que un paciente con ITS, por toda la circunstancia de adquisición, etc., venga una sola vez y no vuelva más. Así que en una primera consulta se trata de hacer todo (HOSPITAL 13 MI6).

Caracterización de pacientes ITS: “este tipo de pacientes”

Además de ser considerados como “un paciente que se puede perder” (MI6), el médico clínico entrevistado MC8 sostuvo que los pacientes ITS suelen caracterizarse por tener “más dudas”, “más conciencia”, “más temor” y una mayor tendencia a formular preguntas en torno de su padecimiento:

(...) este tipo de pacientes [ITS] en general tiene muchas más dudas que el resto y las pregunta, o sea tratan de saber cómo se deben manejar, cuáles son los riesgos que tienen, cómo pueden prevenir el contagio y cómo pueden hacer en el caso de haberse contagiado para que esto no suceda de nuevo o se curen lo antes posible, o sea, tienen más conciencia de la enfermedad y más temor de la enfermedad también (HOSPITAL 13 MC8).

4) PRINCIPALES ITS

Las ITS que se mencionaron con mayor frecuencia en este hospital fueron el VIH (MC6, MC7, MC8, MD13, E9, E12) y la sífilis (MC6, MC7, MD13, MD16). En menor medida, los entrevistados se refirieron a la uretritis gonocócica o gonorrea (MC6, MC8), os hongos o micosis (MD16, E12), el HPV (MD16), el herpes (MD16) y el condiloma acuminado (MP17).

Las que se mencionaron con más frecuencia en pacientes homo y bisexuales fueron las mismas: VIH y sífilis. También se reconocieron otras:

- un médico clínico dijo que “la más frecuente, lejos, es gonococcia [o uretritis gonocócica]” (MC8),
- un enfermero recalcó que “acá son todos VIH” (E12),

Una médica dermatóloga dijo haber identificado diferencias en el modo en que se presentan las ITS en estos pacientes. Lo expresó del siguiente modo:

Sí, ¿sabés lo que yo noto?, que en los que son homosexuales a veces es como que son reiteradas [las ITS]. Por ejemplo, yo tengo un paciente HIV acá y dos o tres veces voy, que yo los reto, porque así los trato y... y... “¿por qué no te cuidas?” (...) varias veces, eh... de nuevo tenemos sífilis (HOSPITAL 13 MD13).

La otra médica dermatóloga también se refirió a la mayor frecuencia con la que, en su opinión, se presentan las ITS en pacientes homo y bisexuales. Lo hizo de este modo:

Supongamos 2-1 la frecuencia... [Es] más frecuente dos veces en las personas homosexuales o bisexuales en relación al común. 2-1, digamos (HOSPITAL 13 MD16).

En lo que respecta a las ITS que presentan las pacientes travestis, también se mencionaron reiteradamente la sífilis y el VIH. Algunos dijeron la frecuencia es la misma que en otros pacientes; otros, que son más recurrentes. Así se expresó la dermatóloga que aHOSPITAL 2mos de citar para el caso de los homo y bisexuales,

señalando que en pacientes travestis la sífilis se ve “el doble que lo que uno ve en lo común” (MD16).

CONCLUSIONES

Un primer punto que deseamos señalar es que las preguntas solicitaban a los entrevistados el reconocimiento y descripción de un “circuito” de atención de ITS. Este circuito se entendió en ocasiones como algo normatizado o pre-establecido (y la respuesta habitual fue “no”) y en otros casos la pregunta produjo como respuesta un intento por reconstruir el recorrido o circuito efectivo de los pacientes que demandan atención o son diagnosticados en el hospital de referencia. Así, la descripción de la atención de las ITS en cada hospital implicó con frecuencia la reconstrucción de los recorridos a partir de visiones fragmentarias y en ocasiones contradictorias.

Sintetizando, podemos señalar:

- Existe un circuito establecido: HOSPITAL 3.
- Existe un consultorio específico para atención de ITS: HOSPITAL 1, HOSPITAL 12 y HOSPITAL 3.

La atención de las ITS se encuentra distribuida según tipo de patología entre diversos servicios: Infectología, Dermatología, Urología y Ginecología, principalmente. En el HOSPITAL 2, el HOSPITAL 13, el HOSPITAL 6, el HOSPITAL 10, el HOSPITAL 5 y el HOSPITAL 7 la atención está sobre todo concentrada en Infectología, en el HOSPITAL 4 en Dermatología. En el HOSPITAL 8, el HOSPITAL 11 y el HOSPITAL 9 no parece predominar ninguna especialidad y en estas dos últimas ciudades se destaca la cobertura de atención de ITS en los centros de atención primaria de la salud.

En diversos efectores se señaló que la derivación a Infectología surgió a expensas de otras especialidades (sobre todo Dermatología, también Urología). A partir de los datos disponibles no es posible detallar qué patologías ITS atiende cada especialidad y en algunos casos puede decirse que existe una cierta incertidumbre o debate sobre “pertenencias” o “patrimonios” de las distintas especialidades. Así se manifestó lo que se calificó como cierta disgregación o fragmentación en la oferta de la atención.

En las ciudades que no tienen centralizada la atención en un consultorio de ITS (e incluso también en éstas), la trayectoria de atención parecería depender de la vía de ingreso del paciente: en algunos casos se resuelve en guardia, en otros por medio de la solicitud de turnos para consultorios externos.

“Las ITS son de demanda espontánea” afirmó la médica dermatóloga de HOSPITAL 5 (MD15). En efecto resultan significativas las respuestas de diversos profesionales con relación a la cuestión demanda espontánea-turnos programados. Atravesada por la noción que refiere a los pacientes con ITS como “pacientes que se pierden” (HOSPITAL 13 MI16) y necesitan ser atendidos de un modo inmediato (“yo necesito atención ahora”, HOSPITAL 10 MI18), se planteó de diversos modos que la respuesta institucional debe ser oportuna y la capacidad resolutive debe ser potenciada (“se le busca alguna alternativa como para que el paciente se vaya de acá tratado”, HOSPITAL 4 MI9; “para que en la primera consulta (...) se haga todo”, HOSPITAL 13 MI6). En diversas ciudades, la guardia surgió como un lugar clave, ya que “la guardia es el lugar más cómodo para ser asistido sin tener que esperar” (HOSPITAL 10 MI8).

Cabe agregar aquí dos aspectos más que deben ser destacados:

1) la necesidad de realizar aconsejamiento sólo fue mencionada por la médica infectóloga de HOSPITAL 13 (MI6), con el objetivo de “convencerlo al paciente” y aportar a la posibilidad de un adecuado control y seguimiento.

2) la necesidad de asegurar que la atención esté en manos del mismo profesional a todo lo largo del proceso terapéutico para preservar y cuidar la intimidad de los pacientes (HOSPITAL 9 F15, HOSPITAL 13 MC7).

Finalmente, en lo referido a las recomendaciones y consejos, se observó una escasa mención a la indicación del uso del preservativo en las distintas instancias de atención de los pacientes con ITS. De todos modos, debe reconocerse que este tema no fue indagado específicamente.

ANEXO

PRINCIPALES ITS ATENDIDAS SEGÚN ORDEN DE MENCIÓN

HOSPITAL	ITS MÁS MENCIONADAS	OTRAS ITS
HOSPITAL 1	VIH sífilis	uretritis gonocócica uretritis no gonocócica hepatitis B clamidia infecciones urinarias recurrentes secreción uretral
HOSPITAL 2	sífilis VIH	hepatitis C hepatitis B uretritis gonocócica condilomas genitales herpes
HOSPITAL 3	HPV uretritis gonocócica sífilis	condilomas genitales por HPV hepatitis B hepatitis C herpes genital VIH
HOSPITAL 4	sífilis uretritis gonocócica HPV VIH	hepatitis B herpes genital condilomas anales por HPV “secreciones de distintos tipos en pieles genitales”
HOSPITAL 5	sífilis uretritis gonocócica VIH	hepatitis B uretritis no gonocócica clamidia HPV condilomas por HPV otras verrugas micosis sarna
HOSPITAL 6	sífilis HPV VIH	s/d
HOSPITAL 7	sífilis VIH uretritis gonocócica	condilomas hepatitis B hepatitis C “herpes en la boca” moluscos
HOSPITAL 8	sífilis VIH condilomas por HPV herpes genital y labial	uretritis gonocócica hepatitis C hepatitis B eczemas y pruritos en el pene verrugas lesiones anales lesiones genitales parasitosis genital
HOSPITAL 9	VIH sífilis	hepatitis B uretritis gonocócica hepatitis C condilomas

		abscesos anales micosis chancros
HOSPITAL 10	VIH HPV Sífilis	uretritis gonocócica micosis hongos balanitis clamidia
HOSPITAL 11	VIH sífilis	condilomas por HPV gonorrea cáncer de ano infecciones perianales
HOSPITAL 12	sífilis uretritis gonocócica VIH condilomas herpes HPV	ulceraciones verruga genital secreción purulenta por ano hepatitis B hepatitis C lesiones perianales úlceras por citomegalovirus genitales proctorragia balanitis
HOSPITAL 13	VIH sífilis	uretritis gonocócica hongos HPV herpes condiloma acuminado

**PRINCIPALES ITS EN PACIENTES HOMOSEXUALES Y BISEXUALES –
PRINCIPALES ITS EN PACIENTES TRAVESTIS (MENCIONES)**

HOSPITAL	ITS EN PERSONAS HOMOSEXUALES Y BISEXUALES	ITS EN TRAVESTIS
HOSPITAL 1	VIH	VIH
HOSPITAL 2	sífilis hepatitis B hepatitis C.	sífilis VIH
HOSPITAL3	sífilis VIH “chagas positivo”	VIH HPV sífilis
HOSPITAL 4	sífilis condilomas por HPV	VIH sífilis patologías recto-anales
HOSPITAL 5	VIH	patología ano-rectal “virus del Sida”
HOSPITAL 6	s/d	s/d

HOSPITAL 7	sífilis VIH hepatitis B hepatitis C condilomas uretritis gonocócica	sífilis VIH condilomas hepatitis
HOSPITAL 8	VIH Sífilis herpes HPV condilomas hepatitis C uretritis gonocócica	sífilis VIH condilomas herpes hepatitis B
HOSPITAL 9	VIH sífilis condilomas	VIH sífilis hepatitis B condilomas perianales infecciones anales
HOSPITAL 10	s/d	secundarismo sifilítico lesiones en el pene
HOSPITAL 11	VIH Sífilis condilomas anales lesiones herpéticas	VIH sífilis
HOSPITAL 12	condilomas otras lesiones en la zona anal	VIH sífilis patologías en la zona anal
HOSPITAL 13	Vih sífilis	sífilis VIH

2.LA DISTRIBUCIÓN DE PRESERVATIVOS

LA DISTRIBUCIÓN DE PRESERVATIVOS

Este punto fue incluido en los protocolos de las entrevistas realizadas. Aparece específicamente indagado en las siguientes preguntas del bloque E:

- “¿Sabe si en este hospital se entregan preservativos? ¿Cómo tiene que hacer una persona para acceder a ellos?”
- “¿Usted participa de la distribución? ¿Le ofrece a todos sus pacientes?”

Cabe destacar que las preguntas se formularon de modos muy heterogéneos y con diversas variantes. En ciertas ciudades no fueron formuladas de acuerdo con lo establecido en el protocolo y en otras no se efectuó la totalidad de las mismas. A su vez, se destaca la ausencia de repreguntas y la escasa indagación sobre la modalidad de ofrecimiento de preservativos en la consulta. Se incluyen algunos datos adicionales consignados en los Informes Finales de los investigadores locales.

La organización de esta sección se efectúa sobre la base de los siguientes ejes:

- Sabe / no sabe
- Dónde y quién/es provee/n en el hospital
- Modalidades de la entrega
- ¿Se ofrece en la consulta?
- Quién/es provee/n al hospital
- Realización de campañas
- Disputas - Críticas

HOSPITAL 1

SABE/NO SABE

Todos los entrevistados afirmaron que en el hospital se entregan preservativos. No obstante, el administrativo (A10), el médico residente de cirugía (M13) y la enfermera (E15) reconocieron desconocer dónde se efectúa dicha distribución.

DÓNDE Y QUIÉNES PROVEEN EN EL HOSPITAL

El resto de los entrevistados, ante la pregunta por la entrega de preservativos en el hospital, mencionaron principalmente:

- la farmacia (TS1, A2, F5, MC7, MC8, E9, A16, MU17);
- el servicio de infectología (TS1, A2, F5, E6); y

- el consultorio de ITS (A2, MC4, F5, E9, MU17).

Se indicó que también se distribuyen en los consultorios externos (MC4). Sin embargo, sólo se entregarían en algunos de los mismos, como el Consultorio de Adolescencia, mientras que en otros –como Clínica–, no (MC7). En Dermatología manifestaron que en ciertas ocasiones cuentan con preservativos y en otras no (MD12).

Asimismo, fueron señalados (sólo una mención cada uno) otros espacios en donde se entregan preservativos: Servicio Social (TS1), Laboratorio (A2) y las “Damas de Rosa” (A2).

MODALIDAD DE ENTREGA

Dos entrevistados mencionaron la distribución a través de campañas (MC4 y A16). La entrega de preservativos durante las campañas se distingue de la realizada durante el resto del año porque se le entrega “a todo el mundo” aun cuando no los soliciten: “a todas las personas que estaban en el hospital durante una semana” (MC4).

Por fuera de estas campañas, la entrega se efectúa por solicitud de los pacientes: “cuando lo solicitan” (TS1); “recibe el que pide” (A2); “los tienen que pedir” (E6); “van y piden” (A16), “los piden” (MU17).

Aparecieron disparidades en las respuestas en torno de una modalidad de entrega que consiste en la realización de una receta por parte de algunos médicos para retirar preservativos en la Farmacia. Esta modalidad fue señalada por algunos entrevistados y negada por otros. Una enfermera manifestó que:

...en el hospital se hace por medio de una receta, el médico le hace una receta al paciente por preservativos y los puede retirar de forma gratuita en la farmacia del hospital (HOSPITAL 1 E9).

Una médica clínica confirmó esta modalidad, pero sugiriendo que no es excluyente debido a que se pueden solicitar preservativos “directamente”:

Vos podés pedir una receta, mandarlos a farmacia. Y, si no, muchas veces van directamente a farmacia y los piden (HOSPITAL 1 MC7).

Por su parte, un médico señaló que “sí, en Farmacia la gente lo pide sin receta” (MC8); y la propia farmacéutica manifestó que no es necesaria la presentación de receta ya que “puede venir a la farmacia, lo pide sin receta, sin ningún pedido y se lo damos porque siempre hay preservativos” (F5)

QUIÉN PROVEE AL HOSPITAL

La farmacéutica entrevistada afirmó que los preservativos de que disponen los envía “el Programa de VIH y el Programa de Salud Reproductiva” (F5).

CONFLICTOS: LA ENTREGA A PVVIH

La farmacéutica (F5) mencionó una dificultad que surgió a raíz de la entrega conjunta de medicación y preservativos a los pacientes en tratamiento antirretroviral. La negativa de dichos pacientes, incomprendida por la entrevistada, condujo a la suspensión de esa modalidad de entrega:

R: Los de HIV, nosotros tenemos la medicación preparadas en bolsitas con su código, entonces, para facilitar a las chicas que están en ventanilla, uno no está todo el tiempo en ventanilla, entonces busca la bolsita del paciente y le da la medicación, y habíamos incorporado el sistema de poner los profilácticos dentro de esa bolsita y no funcionó, a muchos les molesta. Nos han devuelto, 'esto no lo necesito', como que no gustó.

P: ¿Por qué creés?

R: (Se ríe) No sé. No lo puedo entender, no sé. Pero, por eso dijimos no lo pongamos más y bueno ofrecemos y muchos lo piden (HOSPITAL 1 F5).

El médico urólogo (MU15) valoró positivamente la última campaña nacional pero sin embargo cuestionó la escasa duración de la misma:

(...) porque nuevamente te digo, hace poco volvió a salir el tema del preservativo en la campaña esta 'sin triqui triqui no hay Bam bam', me pareció fantástica pero duró muy poco, me dio lástima eso, hay que volver a insistir nuevamente con el tema del cuidado que es importantísimo (HOSPITAL 1 MU15).

HOSPITAL 2

SABE / NO SABE

Ante la pregunta por la entrega de preservativos en el hospital, sólo 1 de los 18 entrevistados dijo no tener conocimiento sobre dicha entrega: "No, ni idea" (MD16). El resto de los entrevistados señaló que existe disponibilidad de preservativos en el hospital.

DÓNDE Y QUIÉNES PROVEEN EN EL HOSPITAL

La mayoría de los testimonios asociaron la entrega de preservativos al

- el servicio de Infectología (MC2, TS4, E5, MU8, A9, MC10, E11, E12, A13, E14, F17); y
- los consultorios externos (A1, MC2, MC3, E6, MC10, E12, A13, E14, MC18) principalmente de Clínica Médica y Ginecología.

Cabe destacar que sólo 5 entrevistados (MC2, MC10, E12, A13 y E14) mencionaron conjuntamente la entrega en Infectología y consultorios externos.

La única entrevistada que señaló la entrega en el Servicio Social fue, precisamente, la trabajadora social (TS4). Registramos también 5 referencias a la distribución a través de los dispensers (TS4, P7, A9, MC10, E12).

MODALIDAD DE ENTREGA

Los entrevistados coincidieron en señalar que en el hospital los pacientes pueden acceder fácilmente a los preservativos. Se destacó la libre disponibilidad de los mismos. Como ya se mencionó, existen dispensers los cuales “están colocados acá a la vista del todo mundo, también se cargan periódicamente” (HOSPITAL 2 TS4).

Con respecto a las modalidades de entrega en los consultorios, se hicieron referencias puntuales a Infectología, Clínica médica y Ginecología. Los entrevistados enfatizaron la disponibilidad de preservativos que existe en el servicio de Infectología:

acá siempre hay, siempre en todos lados acá en el servicio, tenemos en todos los consultorios, adelante, al costado, al medio, arriba y abajo” (HOSPITAL 2 MC10).

hay por todos lados (...) entrás y hay una caja, vas y te agarrás como si fueran caramelos” (HOSPITAL 2 E5).

A su vez, algunos entrevistados destacaron que no es necesario solicitarlos: “siempre tenía una cajita ahí donde ponían, la gente venía y agarraba” (E11), “hay cajas donde están ahí al alcance y la persona agarra lo que quiere” (F17).

Los médicos MC2 y MC10 mencionaron la entrega de preservativos en Ginecología con cierta incertidumbre:

...y en Ginecología se tienen que entregar, creo que sí, porque aparte está la parte de Procreación Responsable y todo eso (HOSPITAL 2 MC2).

...creo que en gineco había, no me acuerdo (HOSPITAL 2 MC10).

La administrativa de consultorios externos manifestó que los preservativos están disponibles en las ventanillas:

muchas veces están colocados en las ventanillas, donde están en una forma de fácil acceso” (HOSPITAL 2 A1).

Otros señalaron la entrega a partir de la solicitud de los pacientes “se piden directamente (...) con pedirlos es suficiente” (HOSPITAL 2 MC2).

¿SE OFRECE EN LA CONSULTA?

En cuanto al ofrecimiento de preservativos en la consulta, éste se efectúa de maneras diversas. El médico clínico del servicio de Infectología invita a los pacientes a retirar los

que tiene disponibles sobre su propio escritorio y también en los dispensers ubicados en los pasillos:

(...) en la distribución que participo es “agarrá, llevate los que quieras”, pero no es una participación activa en cuanto a salir a repartir (...) justamente por eso están arriba del escritorio para que sea una cosa más, que si querés llevarte, hay en los pasillos viste que en este pasillo si le da no sé qué agarrar adelante mío agarra, tiene otro lugar, en la sala de espera también (HOSPITAL 2 MC10).

El médico proctólogo (MP15) reconoció que generalmente no ofrece a sus pacientes pero que tiene presente que frente a su consultorio hay un dispenser:

R: Y hay acá en el pasillo justamente en frente, que lo agotan en media hora, ponen todos los días pero...
P: ¿Y sabés si hay en otros lugares?
R: Lo que pasa que al lado está la oficina, entonces las dejan y se agotan y después ya entran a pedir.
P: ¿Vos no les ofrecés a tus pacientes?
R: No, en general no (HOSPITAL 2 MP15).

En otras entrevistas fue difícil distinguir la modalidad de la oferta. En las respuestas del médico urólogo no queda claro si él entrega preservativos a sus pacientes en la consulta, aunque sí refirió la entrega en Infectología:

Sí, sí, por supuesto. Desde hace largo tiempo ya. Actualmente creo que los están entregando únicamente en infectología (HOSPITAL 2 MU8).

Una enfermera (E5) los ofrece de un modo imperativo:

Cuando estuve en obstetricia les llevaba a las chicas: “y para no olvidarse, úsenlos de aro” (HOSPITAL 2 E5).

QUIÉN PROVEE AL HOSPITAL

La única mención sobre quién provee al hospital la realizó el enfermero (E6) “todo mandado por el ministerio”. Con respecto a la disponibilidad de preservativos una médica clínica (MC2) de consultorios externos destacó: “sé que hay en el hospital, otra cosa puede que no haya, pero preservativos sí por suerte” (HOSPITAL 2 MC2).

CRÍTICAS

Una enfermera señaló que se debería entregar preservativos en más lugares del hospital, y remarcó la necesidad de que dicha entrega fuera acompañada por información:

Creo que deberían... en todos los lugares. No entregar, no solamente expender preservativos, sino yo creo que tendría que ir con un folleto informativo. A mí los chicos de secundario, vienen acá por otras cosas y yo se los entrego y les digo: ‘¿Sabés usarlo?’ y te miran y es como que tienen

vergüenza ¿me entendés?, yo les estoy dando algo, pero a lo mejor no lo saben usar. Creo que también tendría que ir acompañado con un folletito (HOSPITAL 2 E14).

HOSPITAL 3

SABE /NO SABE

Absolutamente todos los entrevistados aseguraron que en el hospital se distribuyen preservativos. Se destacan expresiones que resaltan la gran disponibilidad de preservativos en el hospital:

Sí, se entregan como bombones (...) están en todos lados, me parece perfecto (HOSPITAL3 T3).

Desde que yo ingresé acá, me llamó siempre la atención la cantidad de preservativos que tenemos dando vuelta por todo el hospital (HOSPITAL3 A4).

Hay por todos lados (HOSPITAL3 E13 y MI16).

Todos, a su vez, mencionaron ciertos lugares donde los pacientes pueden obtenerlos. Sin embargo, son muy pocos los entrevistados que señalaron la totalidad de las bocas de entrega en el hospital.

DÓNDE Y QUIÉNES PROVEEN EN EL HOSPITAL

Se nombraron múltiples bocas: “la puerta del hospital”, Farmacia, mesa de entrada del Laboratorio, Guardia, consultorios externos, el “programa ETS”, el “consultorio de consejería en VIH-Sida”, “Planificación familiar”, “Programa Provincial de Sida”, Servicio social, “en la ventanilla de Dirección”, “en el teléfono”.

MODALIDAD Y REQUISITOS PARA LA ENTREGA

Los entrevistados señalaron la gran disponibilidad y facilidad en el acceso a los preservativos: existen “bols”, “bandejitas” y cajas a la vista de los pacientes en distintos lugares del hospital en donde se pueden retirar sin restricciones y sin la necesidad de solicitarlos: “están dispuestos libremente para que los lleven” (E8, T3). Se pueden solicitar asimismo en ciertas “ventanillas” como la de turnos o Farmacia. También se indicó la entrega en los consultorios. Aun cuando muchos médicos dijeron recomendar el uso de los preservativos a sus pacientes, muy pocos reconocieron entregarlos en las consultas.

El entrevistado MI15 y quien participa en la Consejería (V7) destacaron que junto a la entrega de preservativos, se distribuye folletería y se realiza aconsejamiento.

QUIÉN PROVEE AL HOSPITAL

Sólo un entrevistado afirmó al respecto: “todo lo que es folletería y preservativos nos entrega la Dirección Nacional de SIDA” (HOSPITAL3 V7)

CRITICAS

En las entrevistas surgieron dos críticas en torno de la entrega de preservativos en el hospital. Por un lado, la administrativa de consultorios externos manifestó que en el pasado existía una mayor disponibilidad de preservativos en el hospital y que actualmente falta en ciertos “puntos estratégicos”:

Antes era muy, muy, mucho mas fácil porque teníamos las canastitas en todos los lugares del hospital entonces la gente se servía (...) [ahora hay] pero nos está faltando en los puntos estratégicos, por ejemplo, en lo que es el turnero que antes siempre tuvo y en muchos lugares de atención al público están faltando, si bien uno sabe que los puede derivar al lugar pertinente pero por ahí hasta que vaya y dé la vuelta (HOSPITAL3 A4).

Por otro lado, la psicóloga (P7) planteó la necesidad de dar mayor “visibilidad” a los preservativos ofrecidos en el hospital y criticó fuertemente el modo en que se implementan ciertas acciones de prevención como las “propagandas”:

(...) hay un montón de pacientes despistados, entonces ponelo de en una manera que sea mucho más visible, entonces me parece que se hacen cosas para tranquilizar la conciencia “ah bueno yo puse cosas” pero esa no es una acción de prevención (...) las propagandas, siempre fueron tremendamente crípticas: las entendía el que las hacía, nadie más entiende las propagandas. Entonces ¿vos querés prevenir? Entonces bueno se le pone todas las fichas al paciente, que es un cretino, que no adhiere y anda desparramando virus por todos lados y al médico que tiene que hacer que ese paciente adhiera... y el respaldo ¿qué? Entonces me parece que funcionando como funcionamos terminamos siendo funcionales a un sistema que lo que quiere es cualquier cosa menos prevenir la epidemia (HOSPITAL3 P9).

HOSPITAL 4

SABE / NO SABE

Quince entrevistados (E2, MC4, TS5, A6, MD7, E8, MI9, MI10, P11, T12 E13, E15, A16, A17, E18) afirmaron que en el hospital se entregan preservativos. Sin embargo, varios de los mismos no participan de la entrega y mencionaron no conocer todos los lugares donde se efectúa. Tres médicos dijeron desconocer si se entregan preservativos en el hospital: el médico generalista MC1, el gastroenterólogo MG3 y la hematóloga MH14 quien además argumentó:

No sé (...) no tengo acceso yo a preservativos en realidad. Soy hematóloga, no te olvides de eso, nunca se va a dar la situación particular en la que tenga que ofrecérselos (HOSPITAL 4 MH14).

DÓNDE Y QUIÉNES PROVEEN EN EL HOSPITAL

Los entrevistados señalaron 3 sectores del hospital donde se entregan preservativos. Resulta notorio que sólo una entrevistada (TS5) aludió de modo conjunto a estos tres lugares:

- Farmacia (E2, TS5, A6, MI10, P11, E13, A16);
- Infectología (TS5, MD7, E8, MI9, A17); y
- Ginecología (MC4, TS5, MD7, E8, MI9, E15, A17).

MODALIDADES DE LA ENTREGA

Si bien muchos entrevistados señalaron que se distribuyen preservativos en el hospital, son pocos los que participan de la entrega. Manifestaron que siempre existe disponibilidad de preservativos en Farmacia.

Aparentemente la entrega se concentra en Farmacia y se efectúa a partir de la solicitud de los pacientes, o –cuando hay disponible- se pueden retirar de una caja que se exhibe en el mostrador:

a veces hay una cajita con preservativos que pueden retirar, en la farmacia al público. Y, si no, piden (...) Preservativos por suerte siempre hay, información, folletitos, todos eso les damos (HOSPITAL 4 E2)

El administrativo de Farmacia (A16) confirmó estas dos modalidades, enfatizando que la entrega se realiza ante la solicitud y que la disponibilidad de preservativos en la ventanilla facilita el acceso de “los pibes” a los mismos:

R: Tienen que pedírmelos. ¿Ves? Ahí hay una caja. Algunos tienen vergüenza de pedírmelos. Entonces pongo la caja acá, y si vienen los pibes pueden agarrar sin que yo los vea.

P: Los ponés entonces en la ventanilla y cada uno lo agarra. ¿Les ofrecés además?

R: No, sólo si algunos vienen y me los piden. Los adultos si quieren agarrar, agarran, pero a los más pibes les cuesta un poco y me preguntan, “¿che, no tenés forros?” y les doy. Pero no ando ofreciéndolos como la Biblia (HOSPITAL 4 A16).

Por otro lado, se indicó que el servicio de Infectología está gestionando la colocación de un dispenser (MI9). Es de notar que en este servicio aparece cierta disparidad en la respuestas referidas a la entrega. Una médica infectóloga (MI9) manifestó que cuenta con preservativos y participa de dicha entrega junto con la Farmacia: “sí, sí, se entregan, entregamos nosotros y se entregan en la farmacia” (MI9). Sin embargo, otro médico infectólogo (MI10) mencionó que no dispone de preservativos en su consultorio, presentó dudas sobre la disponibilidad de los mismos en otros consultorios y señaló que deriva la entrega a la Farmacia:

(...) yo tengo que pedir que me pongan en el consultorio para tenerlos disponibles y entregar a los pacientes, a pesar de que estoy en el consultorio de infectología, eh, y no veo que en los consultorios de gineco o cualquier otro consultorio estén disponibles para el que entrega. (...) A las personas que vienen a la consulta les digo “esto lo tenés disponible en la farmacia todo el tiempo” (HOSPITAL 4 MI10).

A su vez, la enfermera (E2) de infectología confirmó que la distribución se efectúa a través de Farmacia: “porque soy yo la que los recibo y los llevo a la farmacia”, y mencionó la entrega conjunta de preservativos con la medicación:

(...) yo, cuando les doy el medicamento, ya se llevan los preservativos. Si quieren extra, por ahí vienen y te piden. Si ya saben, todos los meses se llevan su cantidad. Algunos no los quieren, los devuelven o dicen “tengo muchos”, “este mes no llevo”, y después a demanda si quieren durante el mes venir a buscar, no hay problemas (HOSPITAL 4 E2).

Con relación a la entrega en la consulta, la infectóloga MI9 dijo priorizar a los pacientes más jóvenes:

cuando viene alguien uno se toma por ahí 2 ó 3 minutitos de más como para explicarles, sobre todo en los chicos, los adolescentes (HOSPITAL 4 MI9).

Una enfermera de guardia (E13) indicó la entrega a través de una receta médica, “el médico le da la receta para que ellos puedan retirar tanto los preservativos como los anticonceptivos” (E13).

CAMPAÑAS

Sólo una entrevistada hizo referencia a la entrega en las campañas: “sí, y cuando hacen campañas por el día mundial y eso reparten y siempre hay en farmacia también” (HOSPITAL 4 A6).

HOSPITAL 5

SABE / NO SABE

Once entrevistados (A1, E2, T3, P4, T6, E7, T8, TS10, E11, MI12, MC14) manifestaron que la distribución se realiza en la Consejería de Salud Sexual y Reproductiva. Según estos entrevistados es el único lugar donde se entregan preservativos.

Seis entrevistados (de un total de 18) de distintos servicios (Urología, Infectología, Dermatología, Clínica Médica) reconocieron no saber si se entregan preservativos:

Sinceramente no conozco (HOSPITAL 5 E9).

Creo que no... (HOSPITAL 5 MU13).

No tengo muy en claro dónde es la cuestión de la entrega de los preservativos (HOSPITAL 5 MD15).

Nunca lo he averiguado (HOSPITAL 5 MC16).

Ay, no sabría decirte (HOSPITAL 5 MC17).

Eh, desconozco (HOSPITAL 5 MP18).

La entrevistada restante (E5) señaló que se entregan preservativos en la maternidad y Ginecología. Sin embargo, como lo refiere el Informe Final del investigador local, esta entrega (que también incluía Guardia y Farmacia) se dejó de implementar hace tres años.

DÓNDE Y QUIÉNES PROVEEN

Desde hace tres años, se estableció la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, la cual está a cargo de un equipo de profesionales perteneciente al área de Educación para la Salud, quienes concentran la entrega de preservativos y anticonceptivos. La entrega está centralizada en esta Consejería también denominada como la “Casa de Piedra”, ubicada frente al hospital. Por este motivo los entrevistados denominan de diferente manera el mismo espacio de distribución de preservativos: “el consultorio” o “el programa” de Salud Sexual y Reproductiva, “la Casa de Piedra”, “Educación para la Salud”, “las educadoras”.

Una entrevistada (T8) la consejería indicó que esa Consejería funciona por la mañana:

sólo tienen que venir a las 8 de la mañana hasta las 12, que es el horario que están las educadoras de lunes a viernes y retirar (HOSPITAL 5 T8).

En Farmacia (T6) se señaló que el servicio de Infectología está realizando “trámites para que le entreguemos nosotros desde la farmacia a los pacientitos que tienen VIH los preservativos” (HOSPITAL 5 T6).

MODALIDAD DE LA ENTREGA

Según consta en el informe del investigador local, los pacientes deben registrarse en una planilla donde queda consignado su nombre. Se les entrega la cantidad que requieran y se les provee un carnet el que deberán presentar para requerimientos posteriores. A esta modalidad hizo referencia el psicólogo (P4): “sé que tienen su ficha, no es sólo una entrega como un quiosco sino que hay una conversación con esa persona” (HOSPITAL 5 P4). Se les provee de preservativos e información referida a la

forma de utilización de los mismos. La mayoría de los entrevistados manifestaron conocer la existencia de la Consejería y la forma de acceder a los preservativos.⁷

CRÍTICAS

Con respecto a este requisito en la entrega de preservativos (registrar los datos personales en la planilla), la médica infectóloga MI12 planteó críticas señalando que genera molestias en sus pacientes:

lo que no me gusta referido a esto es que los pacientes no quieren que a la hora de entregarles les tomen los datos, les molesta mucho (HOSPITAL 5 MI12).

CAMPAÑAS

Sólo dos entrevistadas hicieron referencia a su participación en una campaña de entrega de preservativos. En ambos casos fueron las únicas instancias en las que participaron de la entrega de los mismos (T3 y E5).

HOSPITAL 6

SABE /NO SABE

Catorce entrevistados (TS1, MI2, A3, P5, MI6, F7, E8, E9, MC10, MD11, A12, MU14, E17, E18) afirmaron que en el hospital se entregan preservativos. Sin embargo, varios de los mismos no participan de la entrega y mencionaron con cierta disparidad los servicios que lo hacen. Cuatro entrevistados (B4, A13, MC15, M16) manifestaron desconocer la modalidad de entrega de preservativos en el hospital. Dos de los mismos pertenecen al laboratorio (A13 y B4). A su vez, el médico de guardia (M16) señaló que no entregan y que los preservativos disponibles en la guardia son utilizados para “recolectar orina” para efectuar análisis:

R: En la guardia hay... pero no [se entregan], para recolectar orina de algunos pacientes que tienen que hacer recolección de orina y le tienen que poner un preservativo porque si no en la chata se contamina y esas cosas pero yo que vea...

P: ¿pero en la farmacia hay?

R: No tengo ni idea, no sé, ignoro... no sé si hay en la farmacia, eso no te lo puedo decir (HOSPITAL 6 M16).

⁷ NOTA: Aparentemente la entrevistadora está o ha estado en el pasado vinculada a la entrega de preservativos en el hospital.

DÓNDE Y QUIÉNES PROVEEN EN EL HOSPITAL

La mayoría de los entrevistados asociaron la entrega de preservativos al

- servicio de Infectología (MI2, A3, P5, MI6, F7, E8, MC10, A12, E17) y
- en menor medida, la Farmacia (F7, E8, MU14, E18).

Sólo dos entrevistados indicaron el consultorio de Ginecología (P5, E9). La trabajadora social (TS1) nombró la entrega en el Servicio social y el enfermero E17 mencionó la entrega en “reproducción sexual”. A su vez, la médica dermatóloga (MD11) también dijo entregarlos en su consultorio.

MODALIDAD DE LA ENTREGA

En el servicio de Infectología la entrega la efectúan tanto los médicos como los administrativos:

R: Sí, sí, mientras hay, se entregan.

P: ¿Y ustedes, los médicos, también participan de esa distribución?

R: Sí, si no, está el administrativo, lo entregamos nosotros (HOSPITAL 6 MI6).

Es de notar que en el mismo servicio de Infectología, algunos entrevistados manifestaron que hay preservativos mientras que otros señalaron que en ese momento no tenían disponibles. A diferencia de lo planteado por los entrevistados MI6 y A12, el siguiente extracto de la entrevista a la infectóloga (MI2) señala que en ese momento no disponían de preservativos en el servicio:

R: Eeen este momento (*risas*) no.

P: Ah, ¿no?

R: No, no tenemos (...) pero nosotros no tenemos así que eso habría que hablarlo con N. a ver por qué no tenemos. (...) [Cuando hay], viene gente de la calle a pedir profilácticos, se le da, no hay ningún problema (HOSPITAL 6 MI2).

Desde la Farmacia se mencionó que entregan por pedido en ventanilla: “directamente de palabra, pasan y me piden preservativos, pasan chicos” (HOSPITAL 6 F7).

En el Servicio social también se entregan preservativos por demanda de pacientes, administrativos, médicos y en algunas ocasiones a trabajadoras sexuales. Sin embargo, la trabajadora social entrevistada (TS1) reconoció que aún no está en funcionamiento el dispenser:

Si, se entregan. Todavía no colgamos el dispenser que nos dieron, pero, bueno, hay que amurarlo y es complicado. Pero sí, igual, tanto el administrativo como el médico o los pacientes, vienen y piden. Es más algunas trabajadoras sexuales que vienen y les damos una caja (HOSPITAL 6 TS1).

La médica dermatóloga (MD11) manifestó implementar un modo imperativo de ofrecimiento:

...yo les entrego preservativos, se los encajo de prepo, si no los aceptan... los reto (HOSPITAL 6 MD11).

El médico urólogo (MU14) aconseja la utilización del preservativo en las relaciones sexuales orales, pero sin embargo reconoció que no cuenta con preservativos en su propio consultorio:

R: Entonces uno les explica que tengan con preservativo y aparte les aclaro que con el sexo oral, también tendrían que usar preservativo.

P: ¿Y lo aceptan?

R: Me escuchan, digamos. Después si lo aceptan o no, no sé.

P: ¿Y acá en el hospital, esteee, ¿sabés dónde se entregan preservativos?

R: Y...eso, en farmacia.

P: Y acá ¿no tenés vos?

R: No, no (HOSPITAL 6 MU14).

Según consta en el informe del entrevistador local, la mayoría de los profesionales que atiende pacientes con ITS coincidió en que la mayor dificultad es lograr cambios de conductas, principalmente la incorporación del uso del preservativo.

CAMPAÑAS - CRÍTICAS

La enfermera E9 planteó que la superposición de campañas con relación a otros padecimientos (como el dengue, o la gripe por el virus H1N1), produce “cortes” y falta de “seguimiento” en las acciones de distribución masiva de preservativos. Mencionó que en el marco de la “jornada de VIH” que se realiza todos los años, se entregan tanto en el Policlínico como en la plaza pública:

Ellos ahora hicieron esta campaña del dengue. El dengue desapareció y apareció la H1N1 y es para tapar, para hacer una cosa... y las otras enfermedades como el HIV, el Sida y todo eso, no se hace más nada. Se cortan las campañas, no tienen un seguimiento y eso tiene que ser de por vida. (...) se hace todos los años la jornada de HIV. Nos dan y acá en la plaza también dan (HOSPITAL 6 E9).

HOSPITAL 7

SABE /NO SABE

La mitad de los entrevistados afirmó que se entregan preservativos en el hospital, aunque algunas de las respuestas fueron acompañadas de aclaraciones como “creo que sí”, o “sí, pero nunca vi”. Sí se mencionó que era común que se entregaran preservativos en las campañas que se hacían en el verano para los turistas. Es significativa la cantidad de entrevistados que dijeron que no se entregaban preservativos en el hospital o que señalaron desconocerlo (9 de un total de 18). Entre

los que desconocen se destacan los entrevistados que trabajan en Dermatología, Urología y Proctología.

Creo que no, creo que no hay campañas, más se han visto afuera en el verano. Se ven mucho, pero no en el hospital, no se entregan anticonceptivos, menos preservativos (HOSPITAL 7 MD15).

Me mataste, ni idea, me parece que no (HOSPITAL 7 MU17).

No, que yo sepa no (HOSPITAL 7 MP18).

DÓNDE Y QUIÉNES PROVEEN

El servicio de Infectología fue el lugar de distribución que indicaron todos los entrevistados que afirmaron saber que se entregan preservativos en el hospital (MI1, B2, F3, A4, MC5, E6, V12, A13, TS16). En mucha menor medida se mencionó el Servicio social (B2, MC5, TS16) y farmacia (F3, A4, MC5). La entrega estaría entonces restringida a

- Infectología y
- en mucha menor medida, el Servicio social.

En Farmacia no se entregarían preservativos por ventanilla sino que allí se los “guarda” hasta que “la gente que trabaja en infectología en HIV viene y los retira” (HOSPITAL 7 F3).

MODALIDAD DE LA ENTREGA

Cuando se los consultó respecto de cómo tenía que hacer una persona para acceder a los preservativos, la mayoría de los entrevistados señalaron que no sabían, remitiendo la entrega al servicio de Infectología, a los voluntarios que trabajan allí y a la disponibilidad de una “canastita de preservativos” en dicho servicio.

Dentro del servicio de Infectología, en el tercer piso del hospital, hay una sala de espera y un sector administrativo, donde se ubican los secretarios, los voluntarios y se dan las órdenes de medicación y los turnos. Allí, sobre el escritorio, según se dijo, hay una canastita con preservativos, que contiene no más de veinte unidades.

¿SE OFRECE EN LA CONSULTA?

Sólo en tres casos (dos médicos y la trabajadora social) contestaron afirmativamente aunque dijeron que no ofrecían a todos los pacientes sino que sólo les daban a quienes que se los solicitaban.

QUIÉN PROVEE AL HOSPITAL

La única referencia la hizo la médica infectóloga MI1 quien señaló que los preservativos los provee “el programa” (MI1).

CRÍTICAS

Aparecen posturas críticas en torno del sistema de distribución que funciona en el hospital. Los voluntarios entrevistados, propusieron que la entrega debería estar limitada al servicio de Infectología, y a su vez, mencionaron que en la “canastita” no entran muchos preservativos, por lo tanto la gente no puede retirar la cantidad que necesita -o que tal vez usaría- hasta volver el mes siguiente al hospital. También dijeron que en ese momento no disponían de preservativos:

Se entregan preservativos, pero la realidad es que hay una canastita con pocos preservativos, cuando acá en realidad debería haber preservativos, no exclusivamente en el servicio de Infectología ¿está? Acá, nosotros como voluntarios deberíamos tener cajas, porque la gente no te va a llevar un preservativo (...) esto es una necesidad y no hay los preservativos que deberían haber (...) en la canastita, que más de veinte preservativos no vas a poder poner. (...) Si yo vengo como persona a ver cuántas veces voy a tener relaciones sexuales, hasta la próxima venida al hospital. (...) Vos tenés que facilitar el acceso, entonces vos no podés tener una canastita para que una persona se lleve dos o tres, tampoco esto tiene que ser una fábrica de preservativos pero, digo, los elementos tienen que estar a disposición, y no una persona que encima se haya otorgado el derecho de decir yo los doy (HOSPITAL 7 V12).

HOSPITAL 8

SABE / NO SABE

Como se mencionó con relación al circuito ITS, los médicos entrevistados (salvo uno) reconocieron hacer recomendaciones cuando diagnostican una ITS entre ellas promover el uso del preservativo por el paciente y sus contactos sexuales y parejas. Resulta significativo que una parte sustancial de estos profesionales que atienden en Dermatología, Urología, Proctología y Clínica médica dijeron no saber si el hospital entrega preservativos o cómo los entrega. La excepción fue la referente de Inmunología MI1, quien dijo participar. Detallamos a continuación.

El médico proctólogo (MP6) afirmó que no se distribuyen: “No, no se entregan preservativos”. La dermatóloga (MD17) señaló desconocer si se entregan preservativos en el hospital:

R: No, la verdad que no. Sé que en los centros de salud entregaban. No sé si ahora entregarán.

P: Si vengo yo y te pido preservativos como un paciente, ¿qué harías?

R: Andate al kiosco (risas). No, ¿si sos un paciente? No sé si la farmacia... La verdad que eso lo desconozco completamente (MD17).

Si bien el coordinador del servicio de urología (MU16) conjeturó la posibilidad de entrega en Farmacia por medio de una receta, reconoció su ignorancia al respecto señalando que no participa de la entrega:

R: No lo sé, creo que sí, pero no lo sé (...) habría que hacer una receta y ver en la farmacia qué resultado tiene, pero no estoy seguro.

P: ¿Vos no participás de esa distribución?

R: No, no (HOSPITAL 8 MU16).

Dos médicos clínicos (MC7 y MC11) también manifestaron desconocer la modalidad de entrega:

En general en clínica no, obviamente no, nosotros no pero quizás en ginecología. No sabría contestarte (HOSPITAL 8 MC11).

Deberían entregarse pero no sé si entregan. En los centros de salud sí (...) No sé sinceramente. Debería entregarse en farmacia pero no lo sé (HOSPITAL 8 MC7).

El administrativo de consultorios externos (A14) también señaló desconocer la modalidad de entrega:

Solían entregar creo. Un par de veces han venido y nos han dado, pero no sé, no sé bien quién (HOSPITAL 8 A14).

Por otro lado, la modalidad de entrega de preservativos en el hospital sí es conocida – además de la médica infectóloga (MI1)– por todas las enfermeras, la otra administrativa entrevistada y el resto de profesionales no médico. Estos informantes conocen al menos una de las bocas de distribución que hay en el nosocomio.

DÓNDE Y QUIÉNES PROVEEN EN EL HOSPITAL

Los preservativos se entregan en Farmacia. También se mencionó la entrega en los consultorios de Salud reproductiva y en los consultorios externos de Inmunología II. Sólo una entrevistada (A5) aludió al consultorio de Ginecología.

MODALIDAD DE LA ENTREGA

En Farmacia se requiere de una receta cuando se solicitan más de diez unidades y sin receta en el caso de que sean menos. En los consultorios no se requeriría receta. La farmacéutica describió la modalidad de la entrega:

(...) podés venir directamente y te damos hasta 10 sin receta y después con una receta, podemos darte 20 o lo que soliciten los médicos, en eso no hay problema (...) Bajo receta más de 10, damos 10 sin receta. Vos venís hoy y necesitás preservativo y tomá (...) [Se entrega] por demanda de la persona (HOSPITAL 8 F9).

QUIÉNES PROVEE AL HOSPITAL

El hospital distribuye preservativos del Programa de Salud Sexual y Reproductiva desde su Farmacia. Además en el mismo espacio físico funciona la farmacia del Programa Provincial de Sida que también distribuye.

CAMPAÑAS

Sólo una entrevistada (E15) hizo referencia a las campañas de entrega de preservativos: “entregábamos preservativos en boliches, en el centro” (HOSPITAL 8 E15).

HOSPITAL 9

SABE / NO SABE

La mayoría de los entrevistados (15 de un total de 18) aseguraron que existe disponibilidad de preservativos en el hospital. Otra entrevistada (MC18) que trabaja en un centro de salud señaló que allí también se entregan. Sólo dos enfermeros entrevistados (E3 y E5) reconocieron desconocer si se entregan preservativos en el hospital.

DÓNDE Y QUIÉNES PROVEEN EN EL HOSPITAL

La entrega parece centralizarse en Farmacia, Guardia y en ciertos consultorios. Ante la pregunta por la entrega de preservativos en el hospital se señalaron principalmente los siguiente sectores:

- Farmacia (T1, E2, MC6, A8, A9, MI10, MI11, MC13, TS14, F15, E16, MH17);
- Guardia (de adultos y pediátrica) (E2, MC6, MC7, MI10, MI11, F15);
- Infectología (E2, MI10, MI11);
- Ginecología (A8, MI11, TS14, E16);
- Consultorio de Aconsejamiento (MI11, TS14);
- Taller de Adherencia (P12).

También se aludió a los “consultorios externos” (E4) sin especificar a qué servicios se referían.

MODALIDAD DE LA ENTREGA

En la Farmacia se entregan preservativos a través de un dispenser ubicado en la entrada y por ventanilla por solicitud:

(...) hay varios adolescentes que van, si se terminó el dispenser, a la cola de la farmacia en la ventanilla (...) Y nosotros estamos dando 15 ó 20 por paciente (...) No ofrecemos preservativos, el ofrecimiento nuestro puede verse desde el dispenser que siempre tenía (...) Generalmente es a

pedido. La gente que está buscando medicamento y dice '¿hay preservativo?' le damos, si no te pide, no (HOSPITAL 9 F15).

¿SE OFRECE EN LA CONSULTA?

Con respecto al ofrecimiento en la consulta, ciertos entrevistados señalaron que les proponen a sus pacientes retirar preservativos en Farmacia: "Yo los remito al dispenser de farmacia" (HOSPITAL 9 MC7). La infectóloga MI1 también transmite en sus consultas la disponibilidad de preservativos en Farmacia. A su vez, dijo efectuar la entrega en el consultorio a partir de la solicitud de los pacientes y mencionó la importancia de conocer al paciente para realizar dicho ofrecimiento:

Cuando me piden sí, si no no. Básicamente a los que piden. Pero por eso está el tema de cuando uno pregunta. Hay pacientes que no tienen relaciones nunca o que no quisieron tener más. Aparte, hay pacientes que te dicen que no van a usar, así que depende el paciente vos le ofrecés. Le decía que, si no los tengo yo, los podés retirar por farmacia (HOSPITAL 9 MI10).

Un entrevistado (MC13) incorporó otro elemento a la modalidad de entrega al manifestar que cuando no cuentan con preservativos en su consultorio: "lo mandamos con una notita a farmacia". Señaló que le ofrece mayoritariamente a los más jóvenes y a pacientes con ITS, reconociendo un sesgo en el no entregar a pacientes de mayor edad entendiéndolo como "un error nuestro":

R: Tenemos dos formas de entregarlo. Cuando nos lo piden o cuando lo sugerimos. Y después, si es horario de ventanilla, a veces, si no tenemos, en general lo mandamos con una notita a la ventanilla de farmacia. No es muy común que vengan a pedir preservativos a este servicio de emergencias. A otras Guardias donde he estado, por ahí, sí es más frecuente. Acá, realmente, no.

P: ¿A qué pacientes les ofrecés?

R: En general, a los que se relacionan con las consultas de ITS o a la gente más joven.

P: ¿A la gente más vieja?

R: Es cierto que hay un sesgo en ese sentido y no se los ofrecemos.

P: ¿Y por qué te parece que pasa eso?

R: Por error. Por un error nuestro (HOSPITAL 9 MC13).

Con respecto a la distribución podría afirmarse, en fin, que aun cuando todos dicen sugerir su uso, son pocos los que entregan efectivamente.

QUIÉN PROVEE AL HOSPITAL

Dijo la farmacéutica: "Venían de dos programas, un programa provincial y otro nacional. El programa provincial no está entregando nada actualmente" (HOSPITAL 9 F15).

CRÍTICAS

La farmacéutica manifestó que actualmente cuenta con una menor margen de disponibilidad de preservativos, por este motivo entrega una menor cantidad a los pacientes y a las trabajadoras sexuales:

Pero últimamente hemos tenido menor disponibilidad (...) antes entregaba más para la gente que trabaja [trabajadores sexuales] por el tema de la prevención y últimamente les he tenido que dar una mínima cantidad, porque la provisión no es suficiente (HOSPITAL 9 F15).

Con respecto a la disponibilidad comentó sin embargo la psicóloga (P12): “yo sé que muchas veces no tenemos y después nos enteramos que hay cajas y cajas”.

ENTREGA EN EL CENTRO DE SALUD

La entrevistada (MC18) que trabaja en un Centro de Salud de la zona Sanitaria Metropolitana, destacó la mayor accesibilidad a los preservativos en ese hospital de primer nivel de atención:

Nosotros ya tenemos determinado las bolsitas individuales con los preservativos y se entregan cerradas. La mucama prepara los sobrecitos cerrados con los preservativos y los ponen en una cajita en donde cualquier persona se lleva la cajita y nadie sabe qué se lleva (...) hasta en el control escolar ofrezco preservativos (HOSPITAL 9 MC18).

HOSPITAL 10

SABE / NO SABE

En este hospital los entrevistados manifestaron un conocimiento dispar sobre la distribución de preservativos. La mitad de los entrevistados (E5, MC6, MC7, MI8, MU9, A10, E15, MU17, B18) dijo desconocer si se entregan preservativos en el hospital o la modalidad de dicha entrega. Entre los que desconocen, se destacan los médicos clínicos (MC6 y MC7), el infectólogo (MI8), el médico proctólogo (MP9) y el urólogo (MU17).

No, pastillas sí, preservativos no sé (HOSPITAL 10 MP9),

Hubo un momento en que entregaron (...) pero no acá no (HOSPITAL 10 MU17),

No, por mi lado no sé (...) no llegan ni tenemos instrucciones, para nada. Creo que en las unidades periféricas (HOSPITAL 10 MI8).

Cinco de los entrevistados que desconocen la modalidad de entrega en el hospital (E5, MC6, MC7, E15, MI8) señalaron que dicha distribución se efectúa en “atención primaria” (que consta de 26 unidades sanitarias o “salitas” distribuidas en la periferia de la ciudad).

El resto de los entrevistados aseguraron que se entregan preservativos en el hospital, sin embargo presentaron distintos niveles de conocimiento al respecto.

DÓNDE Y QUIÉNES PROVEEN

Cuatro entrevistados (A4, E13, E13, F16) dijeron que los preservativos se entregan en el servicio de Ginecología. La infectóloga (MI11) manifestó que ella entrega en su consultorio. La trabajadora social (TS12), quien está adscripta al programa de VIH, dijo entregar preservativos a los pacientes que viven con VIH y a las personas que “trabajan en la calle”. El farmacéutico (F16) indicó que allí se pueden conseguir y que ese servicio participa de la distribución de preservativos hacia el sistema de atención primaria de la salud y al servicio de Ginecología.

MODALIDAD DE LA ENTREGA

Con respecto a la entrega en Farmacia, se señaló que allí pueden obtenerse preservativos mediante prescripción médica. Sin embargo, este no sería un requisito debido a que también se entregarían ante la solicitud de los pacientes: “Acá el que está acostumbrado a solicitar viene directamente, los pide y se los damos, nosotros no ofrecemos” (HOSPITAL 10 F16).

QUIÉN PROVEE AL HOSPITAL

Desde farmacia (F16) se afirmó que los preservativos son provistos al hospital por la Dirección Nacional de Sida e ITS del Ministerio Nacional de Salud.

REALIZACIÓN DE CAMPAÑAS

Sólo un entrevistado hizo referencia a su participación en campañas de distribución de preservativos:

(...) una vez se hizo una campaña que le dimos los preservativos nosotros ahí a la Municipalidad y siempre tratamos de hacer. Yo el primer año que estaba acá organicé una campaña porque teníamos [preservativos] y llega mucha cantidad y se armó una campaña de un par de días para entregar preservativos en la calle (HOSPITAL 10 F16).

CRÍTICAS

La médica infectóloga (MI11) señaló que los preservativos “están escondidos” y criticó que la disponibilidad se restrinja a los consultorios. A su vez, reclamó que se ofrezcan en espacios de libre acceso como las salas de espera:

(...) tendrían que estar en la guardia o en el acceso libre de la gente (...) donde está la sala de espera de la guardia. Que cada uno se sirva. Están escondidos. Por ahí alguna gente tiene prurito de pedir preservativos y seguro los ven y no se animan a agarrar (...) porque hay, porque sobran las cosas. Incluso nos mandan los dispensers, los folletos de información. Pero, bueno, lo que pasa que tenerlo adentro del consultorio, la gente entra y no se anima (...) pero si uno los tuviera en un espacio, en la sala de espera, donde tuvieran acceso todos aparte, no solamente los que van al

consultorio (...) que pase a ser un elemento habitual, pero es una cosa que hasta se les oculta a los chiquitos (HOSPITAL 10 MI11).

HOSPITAL 11

SABE / NO SABE

En cuanto a la entrega de preservativos se encontraron en los entrevistados diferentes grados de conocimiento. Doce entrevistados señalaron que existe disponibilidad de preservativos en el hospital, sin embargo no todos participan de la entrega. Entre estos 12 puede diferenciarse entre quienes manifestaron conocer con claridad los servicios y la modalidad de entrega –enfermeros (E2, E3, E10), médicos vinculados al Centro de Atención de Pacientes con VIH, las farmacéuticas, las administrativas (A4, A12) y la trabajadora social- y quienes presentaron ciertas dudas al respecto.

Seis (E5, E7, MC11, MD13, MC15, MG18) del total de 18 entrevistados dijeron no tener conocimiento sobre la entrega de preservativos en el Hospital. De estos seis, las entrevistadas E7 y MG18 señalaron ignorar por completo si se entregan preservativos:

No sé. La facultad sí sé, pero acá no sé. A lo mejor yo no estoy enterada (HOSPITAL 11 T7),

No sé, no. Creería que no, pero con certeza no te lo podría decir (HOSPITAL 11 M18).

Las entrevistadas E5 y MD13 manifestaron desconocer el modo en que se entregan cotidianamente preservativos en el hospital y asociaron la entrega a las campañas:

Me parece que no, me parece que no... a no ser campañas (...) pero yo creería que no. No estoy segura (HOSPITAL 11 E5).

Yo lo desconozco, quizás se estén dando, me parece, me parece que en el servicio de ginecología se da, de urología lo desconozco, y sé que se han dado cuando se hacen las campañas (...) acá desconozco, sé que en las campañas sí, pero es desconocimiento mío, quizás se estén entregando (HOSPITAL 11 MD13).

El médico MC15 indicó el lugar donde asisten los pacientes VIH pero desconoció el modo en que pueden obtenerlos el resto de los pacientes del hospital:

Creo que en consultorio de VIH los entregan, pero no sé si cualquiera que los quisiera tendría que ir a buscarlos ahí, la verdad que no sé (HOSPITAL 11 M15).

Por último, el médico MC11 mencionó que debido a la falta de recursos económicos, él estimaba que no se estaría contando con preservativos en el hospital:

Supuestamente, supuestamente sí. Te vuelvo a repetir, este hospital no es más lo que era antes (...) creo que como todo, como no hay plata para arreglar un aparato para hacer radiografías, menos

debe haber plata para comprar preservativos. Ahora, que el gobierno salga a decir que sí se entregan es otra cosa (HOSPITAL 11 MC11).

DÓNDE Y QUIÉNES PROVEEN EN EL HOSPITAL

Los entrevistados señalaron los siguientes sectores del hospital donde se entregan preservativos:

- Lugares en donde se atienden pacientes VIH (E2, E3, A4, MI8, E10, MC17),
- Farmacia (TS1, O6, MI8, E10, A12, F14),
- Trabajo social (E2, MI8).

También se mencionó algún consultorio externo sin mayor especificación. Dos entrevistados identificaron, sí, al servicio de Ginecología (E3, 1F4).

MODALIDAD DE LA ENTREGA

Se distinguen dos modalidades de entrega. Por un lado, se afirmó que en los consultorios y en el Centro de Atención de Pacientes con VIH los preservativos se encuentran sobre el escritorio para que los pacientes puedan tomarlos libremente. Este modo contrarrestaría posibles olvidos en el ofrecimiento y evitaría inhibir al paciente. También se efectuaría la entrega a demanda. Por otro lado, se afirmó que la entrega en la Farmacia requiere de una receta que debe ser extendida por un profesional. La misma farmacéutica lo afirmó:

tiene que traer una receta a la farmacia de algún ginecólogo o sea de alguno de los médicos autorizados por el Programa de Planificación Familiar y, bueno, con la receta se le entregan (HOSPITAL 11 F6).

HOSPITAL 12

SABE / NO SABE

Sólo dos de los entrevistados en este hospital (T10 y MG18) dijeron desconocer por completo la entrega de preservativos. Otros dos (E5 y MD15) señalaron su desconocimiento al respecto pero estimaron que la entrega se efectuaba en los “consultorios de ETS”:

No sé, eso lo maneja todo ETS (E5).

No sé, pero me imagino que sí en el área de enfermedades de transmisión sexual, yo creo que sí (MD15).

El resto de los entrevistados afirmó que en el hospital se entregan preservativos.

DÓNDE Y QUIÉNES PROVEEN EN EL HOSPITAL

La referencia más frecuente fue

- los Consultorios de ETS e Infectología (TS1, MC2, T3, A4, E6, A7, P8, MI9, MI11, E12, E13). La dermatóloga MD17, vinculada a este servicio, también señaló que entrega en su consultorio.

Se mencionaron en menor medida:

- la Farmacia (TS1, MC2, T3, A4, MI9, MC16) y
- la Asociaciones Civiles (A4, E6, P8, MI11, E12, E13).

Sólo una entrevistada aludió a la entrega en Ginecología (A4).

MODALIDAD DE LA ENTREGA

Del total de entrevistados, los médicos infectólogos, los médicos vinculados al consultorio de ETS y el personal de Farmacia dijeron tener preservativos para entregar a los pacientes, en particular los afectados por ETS y VIH. La entrega en consultorios se realiza a partir de la solicitud de los pacientes o por ofrecimiento de los médicos. En algún caso la entrega se acompaña de folletería (MI9). No fue posible identificar con claridad la modalidad de entrega de preservativos en Farmacia. Mientras que algunos entrevistados (MC2, E6, MI9, MI11) aseguraron que dicha entrega tenía como requisito una receta, otros (T3, P8) negaron esta modalidad señalando que no es necesario. El infectólogo (MI11) justificó el requisito de la receta para la entrega en farmacia en función de la posible reventa de los mismos:

Lo que pasa es que ha habido casos que los buscan, los venden... Entonces, viste, si vas a vender, vas a vender limitado, te vamos a dar 12 por semana (HOSPITAL 12 MI11).

El técnico de Farmacia señaló, por su parte, que:

En un tiempo era con una orden médica y actualmente no. Directamente vienen y retiran (HOSPITAL 12 T3).

REALIZACIÓN DE CAMPAÑAS

Sólo dos entrevistados (P8 y E13) hicieron referencia a la entrega de preservativos en campañas.

CRÍTICAS

Dos entrevistadas (TS1 y P8) señalaron la escasez de preservativos. La trabajadora social manifestó que existen “épocas” en las que no cuentan con disponibilidad:

P: ¿Sabés si en este hospital se entregan preservativos?

R: Por época y de acuerdo a algunos servicios. No siempre (...) Hay épocas se ve que el gobierno da, se acuerda de eso y si se entregan, pero hay épocas que no (TS1).

Asimismo, la psicóloga (P8) indicó que ante la escasez de preservativos, proponen a los pacientes retirarlos en un centro de salud o en una organización civil abocada a la problemática:

Pocas veces [se entregan], casi nunca hay lamentablemente (...) Nosotros a veces cuando no tenemos los mandamos a un centro de salud (...) en la ONG que generalmente es la que tiene se le da, no hay problema, pero tendría que tener el consultorio de ITS que a veces tiene, a veces no (HOSPITAL 12 P8).

Un médico clínico entrevistado (MC2) criticó que la entrega se restrinja a los pacientes ITS- VIH:

(...) se entregan pero para los pacientes con HIV, que no me parece a mí, a mí me parece que tendría que ser a todos (...) como te digo, yo creo que vos pedís pero a ellos les da lo mismo, porque guardan para pacientes con HIV (HOSPITAL 12 MC2).

En este sentido, la médica dermatóloga resaltó (MD17) la necesidad de ampliar la disponibilidad de los mismos dentro del hospital:

(...) tendría que haber en la guardia, tendría que haber en otros consultorios y que el paciente que lo solicite se le entregue, lo que pasa es que, digamos ETS sería más porque están específicamente en eso, pero debería estar en todas partes, debería haber una entrega... gratuita, sin tanta burocracia, ni requisitos, ni nada (HOSPITAL 12 MD17).

HOSPITAL 13

SABE / NO SABE

Siete de los 17 entrevistados en este hospital (E3, TS4, A5, MI6, MC7, MD13, E15) afirmaron que se distribuyen preservativos en el hospital e indicaron que la entrega se realiza en Infectología y Servicio Social. Otros siete vinculados a distintos sectores – Clínica médica, Dermatología, Farmacia, Laboratorio, Guardia de Clínica, Proctología– señalaron desconocer cómo es la distribución de los preservativos o directamente sostuvieron que no se entregan.

De estos últimos, cuatro, incluida la farmacéutica (MC8, MC9, F10, MD16), aseguraron directamente que no se entregan preservativos en el Hospital:

No, no se entregan (MC8).

Yo, que sepa, no (E9).

No, que yo sepa no, no sé (MD16).

Yo creo que no, yo creo que no, y los que me llegaron a mí a veces fue por (...) el programa de Sida (...) para algunos de los pacientes, pero no, no se entregan (F10).

Los otros tres (E12, B14, MP17) manifestaron desconocer si se distribuyen o la modalidad de la misma. El médico proctólogo (MP17) admitió no saber si se entregan, al igual que la bioquímica, quien respondió “no te lo puedo contestar porque no sé” (B14). Asimismo, esta última entrevistada señaló que la entrega se restringe a las campañas:

Yo creo que cuando hay campañas sí, pero no en todo momento, eso no te puedo asegurar, porque nosotros no entregamos (HOSPITAL 13 B14).

Finalmente otros tres (T1, P2, E11) presentaron dudas sobre el modo en que se entregan preservativos. La administrativa (A1) asoció la entrega a las campañas y supuso que se entregaban en Ginecología:

R: Cuando hay una campaña, tengo entendido, cuando hay la campaña del HIV, sí.

P: Si no, ¿cómo hace la gente para acceder a ellos?

R: No sé si el servicio, bueno, se supone que el servicio de ginecología tiene (HOSPITAL 13 A1).

La psicóloga entrevistada (P2) dijo desconocer cómo se hace la entrega y estimó que tal vez la realizaba Infectología:

No escuché que se entreguen preservativos pero sí, lo dijo C., la Dra. Lucena que lo hacían ahí, en infectología, eso lo escuché en el curso pero, no escuché nunca que se haga, capaz que se hace ahí (HOSPITAL 13 P2).

El enfermero (E11) asoció la entrega a un circuito vinculado con la Farmacia. No obstante, recordemos que la farmacéutica entrevistada (F10) señaló que no se entregan preservativos en todo el hospital:

Sabía que en una época se los estaba entregando a los preservativos (...) por intermedio de una visita se va a la farmacia y se lo pide, cualquier profesional se lo puede dar mientras que haya (HOSPITAL 13 E11).

DÓNDE Y QUIÉNES PROVEEN EN EL HOSPITAL

Siete entrevistados (E3, TS4, A5, MI6, MC7, MD13, E15) afirmaron que en el hospital se distribuyen en

- Infectología y
- Servicio Social.

Es de notar que sólo dos de estos entrevistados (TS4 y E15) mencionó ambos servicios. Los cinco restantes (E3, A5, MI6, MC7 y MD13) aludieron únicamente al servicio de Infectología. Cabe señalar que tres de los mismos (E3, A5, M6) están vinculados a este servicio.

MODALIDAD DE LA ENTREGA

La mayoría de los entrevistados no participan de la entrega. En Infectología entregan tanto los médicos como la administrativa, sin necesidad de hacer ningún tipo de gestión ni “papeles”. La entrega se realiza ante la solicitud o “pedido” de los pacientes (E3 y A5). Expresó una médica (MI6) del servicio: “nosotros tenemos pedidores que se les entrega... es decir, no hay que hacer papel, ni receta ni nada” (HOSPITAL 13 MI6). A su vez, la misma entrevistada (MI6) manifestó su impresión de que actualmente existe menor demanda de preservativos de los pacientes en sus consultas: “la mayoría de los pacientes no nos piden tanto, antes nos pedían más, pero también los retiran en forma espontánea de acá” (HOSPITAL 13 MI6).

En el caso de Servicio Social, se distribuye a los pacientes con VIH y/o a sus familiares y, cuando hay disponibilidad, también se entregan al personal del hospital. Del mismo modo que en Infectología, la entrega se efectúa ante el pedido:

En principio nosotros, la función mía en este caso era entregar los preservativos a pacientes con VIH, a su familia, novia a quien que lo necesitase (...) no se los ofrece, ellos lo piden, en el caso nuestro ellos piden, vos no les está diciendo si hace falta o necesitan, no (HOSPITAL 13 TS4).

La médica dermatóloga y la médica clínica (MD13 y MC7) identificaron al servicio de Infectología como el proveedor y derivan a sus pacientes a este servicio para obtener preservativos. Por último, la auxiliar de enfermería (E15) mencionó una modalidad no señalada por ninguno de los otros entrevistados y que refiere a ciertas “clases” donde se entregaron preservativos:

Si hicieron la otra vez una clase entregada, sí, lo hace infectología y en el servicio social también lo hacen (...) ellos ya tienen digamos los residentes y los médicos encargados y la gente que le colaboran a ellos, que son de estos servicios, sí entregan porque acá justo al frente lo hacen y los chicos entregan. Hacen las clases y los chicos los entregan, sí eran dos o tres clases a la semana (E15).

CAMPAÑAS

Además de la mención a las campañas de la bioquímica (B14) y una administrativa (A1), la enfermera (E3) de Infectología manifestó que:

Cuando es el día mundial del Sida ponen un stand adelante en el hospital y se hace la entrega (E3).

CONSIDERACIONES GENERALES

Las preguntas del bloque E fueron formuladas de modos dispares por los entrevistadores en cada una de las ciudades. Por este motivo en la primera distinción que hemos realizado, diferenciamos entre los entrevistados que afirmaron que se entregan preservativos en el hospital y los que manifestaron desconocerlo.

CIUDAD	SABEN QUE SE ENTREGA	DESCONOCEN SI SE ENTREGA
HOSPITAL 1	18	-
HOSPITAL 2	17	1
HOSPITAL 3	18	-
HOSPITAL 4	15	3
HOSPITAL 5	12	6
HOSPITAL 6	14	4
HOSPITAL 7	9	9
HOSPITAL 8	12	6
HOSPITAL 9	16	2
HOSPITAL 10	9	9
HOSPITAL 11	12	6
HOSPITAL 12	14	4
HOSPITAL 13	8	9
Total	174 (74,7%)	59 (25,3%)

N: Total de entrevistados que respondieron a las preguntas del Bloque E= 233

Entre los que manifestaron desconocer sobre la entrega (25,3%), hemos incluido a cinco entrevistados (4 del HOSPITAL 13 y 1 del HOSPITAL 8) que directamente señalaron que en sus hospitales no se distribuyen preservativos (HOSPITAL 13 MC8, HOSPITAL 13 MC9, HOSPITAL 13 F10, HOSPITAL 13 MD16, HOSPITAL 8 MP6).

Cuando tomamos en consideración el conocimiento manifestado por los profesionales según especialidades médicas, encontramos que el porcentaje de desconocimiento sobre la entrega de preservativos se duplica y más entre los médicos que atienden ITS con mayor frecuencia, a saber, urólogos, proctólogos y dermatólogos.

Del total de 8 médicos **urólogos** que fueron entrevistados, 4 manifestaron desconocer la entrega de preservativos en sus respectivos hospitales: HOSPITAL 5 MU13, HOSPITAL 7 MU17, HOSPITAL 8 MU16, HOSPITAL 10 MU17.

De un total de 7 médicos **proctólogos** que fueron entrevistados, 5 manifestaron desconocer la entrega de preservativos en sus respectivos efectores: HOSPITAL 5 MP18, HOSPITAL 7 MP18, HOSPITAL 8 MP6, HOSPITAL 10 MP9, HOSPITAL 13 MP17.

Del total de 14 médicos **dermatólogos** que fueron entrevistados, 7 manifestaron desconocer la entrega de preservativos en sus respectivos hospitales: HOSPITAL 2 MD16, HOSPITAL 5 MD15, HOSPITAL 7 MD15, HOSPITAL 8 MD17, HOSPITAL 11 MD13, HOSPITAL 12 MD15, HOSPITAL 13 MD16

No obstante, es preciso señalar que en el caso de los médicos **infectólogos**⁸ el porcentaje de desconocimiento es notablemente inferior a la media: de un total de 18 médicos infectólogos que fueron entrevistados, sólo uno (HOSPITAL 10 MI8) manifestó desconocer la entrega de preservativos en su hospital.

MÉDICOS SEGÚN ESPECIALIDAD	SABEN QUE SE ENTREGA	DESCONOCEN SI SE ENTREGA	TOTAL
URÓLOGOS	4	4	8
PROCTÓLOGOS	2	5	7
DERMATÓLOGOS	7	7	14
INFECTÓLOGOS	17	1	18

N: 47 médicos especializados en la atención de ITS

Los entrevistados que afirmaron que se entregan preservativos (74,7%), mencionaron diversos lugares en donde los pacientes pueden obtenerlos. Sin embargo, son muy pocos los entrevistados que señalaron la totalidad de las bocas de distribución en su respectivo hospital. Lo cual pone en evidencia la visión fragmentada del conjunto de los lugares de entrega de preservativos en cada institución.

Los lugares mencionados con mayor frecuencia fueron:

- Consultorios/servicios de Infectología (12 menciones)
- Farmacia (10 menciones)
- Servicio Social (7 menciones)
- Consultorios de Ginecología (6 menciones)

Aunque en ocasiones de maneras confusas e imprecisas, también se incluyeron: los consultorios de ITS, de Dermatología, de Salud Reproductiva, de Adolescencia, el Laboratorio, la Guardia, dos organizaciones civiles. Sólo en dos ciudades se mencionó la disponibilidad de preservativos en los espacios de circulación de pacientes (HOSPITAL 2 y HOSPITAL 3).

⁸ En este listado se incluyeron dos médicos con posgraduación en Clínica pero que atienden en consultorios de Infectología: HOSPITAL 11 MC17 y HOSPITAL 13 MC6.

3. LA ATENCIÓN DE PERSONAS HOMOSEXUALES Y BISEXUALES⁹

⁹ Se utilizan las denominaciones aplicadas en las guías de pautas.

3.1- MODALIDADES DE LA ATENCIÓN DE PACIENTES HOMOSEXUALES Y BISEXUALES

Presentamos una descripción y proponemos algunos ejes para el análisis de las respuestas referidas a las modalidades específicas de la atención de pacientes homosexuales y bisexuales en los 13 efectores en que se llevó a cabo la investigación. Nos concentramos para ello en las respuestas proporcionadas por el personal de salud a las preguntas contenidas en el bloque D de los protocolos referido a su “experiencia en el trato y la atención” de estos pacientes.

El universo de análisis estuvo constituido por el conjunto total de los textos de entrevistas exceptuando los de quienes manifestaron carecer de experiencia en la atención de pacientes homo y bisexuales. El desarrollo de esta sección se organiza en tres partes.

En la primera describimos aquellos rasgos que emergieron como característicos de la atención de pacientes homosexuales y bisexuales focalizando en el trato, los procedimientos y la relación personal de salud-paciente a partir de dos grupos de preguntas que fueron efectuadas a los entrevistados.

En la segunda desarrollamos un análisis de los modos de caracterizar, valorizar y tipificar a las personas homosexuales y bisexuales a partir de las respuestas a las preguntas referidas a su identificación en el trabajo cotidiano y las peculiaridades señaladas en los modos de atención en los distintos espacios institucionales.

En la tercera parte presentamos un análisis de los modos de consideración de la orientación sexual y las prácticas sexuales en la atención de pacientes homosexuales y bisexuales y su eventual registro en las historias clínicas que se manejan en cada hospital.

3.1.1 - RASGOS GENERALES DE LA ATENCIÓN

Según las guías de pautas aplicadas a la realización de las entrevistas, quienes manifestaron atender o haber atendido a pacientes homosexuales y bisexuales fueron interrogados sobre esa experiencia mediante un conjunto de preguntas cuyo orden coincide sólo parcialmente con el que escogimos para analizarlas aquí. Específicamente, en esta primera parte nos centramos en las respuestas a cuatro de esas preguntas, que fueron formuladas con variantes menores de acuerdo con el perfil de la persona entrevistada.

a. EL TRATO HACIA PACIENTES HOMOSEXUALES Y BISEXUALES

Nos referimos aquí a algunas de las modalidades del trato a pacientes homosexuales y bisexuales en el contexto de la atención. Los extractos citados se refieren mayormente a experiencias propias de las personas entrevistadas, aunque eventualmente incluimos referencias a prácticas de terceros o referencias a la institución en general que resultaron de interés para el análisis.

La primera pregunta que se formuló a quienes afirmaron tener experiencia en la atención de personas homosexuales y bisexuales fue si consideraban que había “cuestiones a tener en cuenta” en la atención de estos pacientes. Para los casos de médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales, la pregunta estuvo pautada del siguiente modo:

“¿Hay cuestiones particulares a tener en cuenta en la atención de personas homosexuales y bisexuales?”

Esta pregunta no se formuló al personal de farmacia, laboratorio y administrativo. Otra de las preguntas formuladas estuvo referida a la relación personal de salud/paciente. Para los médicos, la pregunta se pautó del siguiente modo:

“¿Nota alguna particularidad en la relación médico-paciente con estas personas? ¿Cuál y por qué?”

Para los enfermeros, psicólogos y personal de laboratorio y farmacia fue similar pero reemplazando la palabra “médico” por “profesional”. Para los trabajadores sociales, la pregunta estuvo pautada del siguiente modo: “¿Nota alguna particularidad en la relación profesional con estos pacientes? ¿Cuál y por qué?”. Por último, para el personal administrativo la pregunta fue: “¿Nota alguna particularidad en la relación cuando tiene que tratar con estos pacientes? ¿Cuál y por qué?”

“Uno es profesional, no hace diferencias...”

Para ambos grupos de preguntas, la respuesta espontánea de la mayor parte de los entrevistados fue negativa. Expresiones como

- “yo atiendo a todos por igual”,
- “no tendría por qué hacer diferencia”,
- “es un paciente más”,

- “se los trata como a cualquier otro paciente”

acompañaron recurrentemente la respuesta negativa sobre eventuales particularidades en la atención de pacientes homo y bisexuales. Si bien este tipo de respuesta estuvo presente en todos los perfiles de entrevistas, hay que destacar que lo registramos con una frecuencia mayor entre enfermeros.

Lo que parece atravesar estas respuestas es la idea de que hacer alguna diferencia o considerar alguna “cuestión particular” implicaría proceder de un modo “no profesional”. En varios casos esta idea fue formulada en forma explícita:

(...) Son pacientes como cualquier otro. Uno es un profesional, no hace diferencias (HOSPITAL 7 MP18).

(...) No, no. Ninguna [cuestión a tener en cuenta]. Ser profesional, nada más (HOSPITAL 8 E15).

Esta profesionalidad implica tanto la separación de “la vida privada” de las personas en el desempeño clínico:

Yo, en lo personal, no. (...) O sea, si un paciente es homosexual, bisexual o travesti o lo que fuera, mi conducta no [varía] (...) porque en realidad, el interés que uno pone es clínico, uno no tiene interés en la vida privada (HOSPITAL 13 MI6).

No, con lo que respecta a mí... porque yo jamás pregunto si es o no es homosexual un paciente, no es motivo de la consulta (HOSPITAL 2 MD16).

como el poner entre paréntesis o suspender “lo que uno puede pensar de ellos”:

No, a todos iguales. Más allá de lo que uno pueda pensar de ellos, no, la atención (...) va a ser igual para todos (HOSPITAL 10 E3).

“Les gusta que los traten con más suavidad, con más cariño”

Un rasgo que apareció como característico de la atención de pacientes homosexuales y bisexuales fue la identificación de un trato o una relación particular más “afectuosa”, “suave”, “tranquila” o “espiritual” que implica un vínculo más “profundo”, con más “*feeling*”. Con frecuencia esta valoración fue expresada por personal que participa en la atención de pacientes con VIH e ITS.

Yo especialmente tengo mucho *feeling* con ellos. No sé... no sé si esa es la palabra correcta, pero con este tipo de pacientes... (...) Yo, específicamente, tengo más trato con los homosexuales, bisexuales (HOSPITAL 9 E2).

Quizás las charlas más profundas son con los homosexuales. O sea, están más atentos a hablar de cosas más espirituales más de pautas morales, más de cosas éticas que siempre asoman en la consulta (HOSPITAL 11 MC17).

(...) hay pacientes que yo me los he cruzado en la calle (...) [y] un beso, un abrazo, ‘cómo estás’, ‘hace tanto tiempo que no te veo’. A lo mejor pasan dos meses que no los veo. Son más afectivos, más efusivos (HOSPITAL 1 A2).

Ellos a veces preferían ser atendidos por una mujer y no por un hombre (...) como que ellos se contienen más con la mujer, por lo menos conmigo. Yo iba, les hablaba, tranquilos, les gusta que los traten con más suavidad, con más cariño, más confianza (HOSPITAL 12 E6).

“Uno puede pecar por ser muy atento”

En el caso del HOSPITAL 3 este tipo de relacionamiento apareció como pauta característica del hospital que fue durante muchos años hospital de referencia para enfermedades infecciosas y quedó desde entonces asociado a la atención de pacientes homosexuales y travestis.

Sí, yo creo que es un hospital como abierto a todo este grupo de pacientes que en todos lados son más discriminados de lo que son acá, porque también son discriminados acá, aunque creamos que no o tratemos de que no, pasa. Pero sí, creo que se les da un trato diferencial y eso uno lo ve en la rutina, cuando vas caminando está lleno de travestis, lesbianas, de todo se ve (HOSPITAL 3 MC14).

(...) los contenemos nosotros, es política institucional, como dicen, vengan al hospital 3 que no los vamos a tratar mal, digamos (HOSPITAL 3 MI16).

En los siguientes extractos se describe este trato “preferencial”:

Yo creo que [acá] se los trata igual o a lo mejor que a un heterosexual (...) Un trato... [diferencial] pero en positivo, no en negativo”. (HOSPITAL 3 MI15)

[La relación profesional/paciente] debiera ser igual con todos (...) pero sí, reconozco que por ahí tenemos una atención casi preferencial, en muchas cosas (...) quizás hasta para que se sienta aceptado, se sienta cómodo, uno puede pecar por ser muy atento (HOSPITAL 3 T3).

En algunos casos se [nos] va la mano [en este hospital] (...) O sea, ya no se sabe si es una relación profesional o somos amigos o... ¿viste? Los límites se pierden. No sé si eso (...) se hace con la pretensión de ‘yo no te discrimino’ pero terminamos discriminando de esa manera (HOSPITAL 3 P9).

“Es más la atención de la madre al hijo”

Otra característica que registramos con frecuencia –principalmente en personal de enfermería, aunque no en forma exclusiva– fue el reconocimiento de un trato diferencial asociado a la valoración de estos pacientes como “emocionalmente frágiles” o que se encuentran “más desvalidos” y “más desprotegidos” y requiriendo por tanto de una mayor “contención”, “sobreprotección” e inclusive de una atención

como “de madre a hijo”.

Sí, es diferente [la relación con homo y bisexuales] porque a partir de que ellos... Al principio se nota una relación tensa hasta que después empezamos a hablar. Después, como de mí... por mi parte es como que lo noto más vulnerable, hace que mi trato sea distinto. Como que necesita mayor contención, me hace sentir de esa manera. No significa que los otros pacientes no, pero en ese aspecto existe una diferencia. En lo que es la práctica, no; en cuanto al trato, sí (HOSPITAL 9 E16).

[Soy] más sobreprotectora (...) porque los veo más desvalidos, los veo como que necesitan más cariño. Es más la atención de madre a hijo (HOSPITAL 12 E5).

Para mí todos tienen en común que son muy frágiles emocionalmente (...) Sí, a mí, por lo menos los que yo tengo son muy frágiles, entonces el trato desde la secretaria hasta que llega a mí te puedo decir que es diferente: la secretaria es como que es más complaciente con ellos, tanto en los turnos... No sé por qué se habrá dado así pero sí, o sea, es como que uno los ve... yo los veo más frágiles (HOSPITAL 13 MD16).

En general se atiende como a cualquier otra persona siempre y cuando hay que tener cierto cuidado, digamos, en no dañar su estima, su sensibilidad, ¿no es cierto? Creo que eso es importante también tenerlo en cuenta. Siempre hay que preguntar antes de hacer un examen si está dispuesto a que se lo hagas (HOSPITAL 3 MU8).

“Yo trato de que se [sientan] cómodos”, “que se sientan a gusto”, “contenidos”

Algunos de los entrevistados señalaron que se esfuerzan diferencialmente en lograr un clima de confianza y de comodidad, despejando dudas sobre una eventual acción o actitud negativa por parte del personal. Este esfuerzo puede resultar en más tiempo de consulta, en “abrazarlos”, en estar más “atentos” a las demandas y explicar e informar mejor entre otras tácticas de acercamiento.

Yo los trato de tratar que se sientan más a gusto que un paciente común (...) pensando que por ahí se deben sentir incómodos o cómo se deben sentir, bueno, [uno] trata de ser más cuidadoso en las preguntas que hace (...) trata de explicar, ser un poco más paciente. Y yo creo que sí me tomo mucho más tiempo en explicarle por qué le estamos haciendo eso, si le sale algo raro en la piel que consulten rápido, que le vamos a hacer una biopsia o... Es como que me tomo un poco más de tiempo para explicarles y no tan rápido (HOSPITAL 8 MD17).

La verdad es que yo trato, siempre que tuve trato, de que se sintieran cómodos, de que pudieran estar tranquilos frente a mí. (...) Tratar de hacer que se sientan bien, poner énfasis en eso, que se vayan con buena información, de que ven que acá alguien (...) los recibe bien (...) Lo he abrazado, lo saludo con la mano como para que... (HOSPITAL 8 F9).

(...) por ahí me pasa como que... uno se tiene que... no sé cómo sabrán vivir ellos, pero tratar de ser más... ¿cómo te puedo decir?, atenta, para que ellos sigan viniendo a la consulta, con confianza [para que] sigan viniendo a la consulta y puedan a uno quizás venir a preguntarle lo que ellos quieran preguntar (HOSPITAL 12 E13).

Sí, evidentemente que [mi vínculo con ellos] difiere quizás un poco del resto de los pacientes (...) Porque estos son pacientes muy especiales, son pacientes muy especiales, por las vivencias que ellos tienen (...) y por lo que también sufren diariamente (...) Entonces yo creo que es allí donde hay que hacer una relación de confianza. O sea, el enfermero tiene que hacer todo lo posible para que ese paciente le tome a uno confianza (HOSPITAL 3 E11).

“Estar muy atentos”, alertas frente a los “gestos o expresiones” propios

En el análisis de las entrevistas se identificó asimismo lo que podría denominarse una posición de “alerta” al atender pacientes homosexuales y bisexuales para evitar incurrir en algún “gesto” o “expresión” que pueda ser interpretado como discriminatorio por el paciente. Parte de este alerta aparece muy asociado al supuesto de que estos pacientes tienen una sensibilidad particular para captar actitudes de molestia o rechazo de sus interlocutores.

(...) trato de estar muy atento porque son muy sensibles a todo, es decir, a cada mínima... son, son... pero no lo puedo aplicar a todos. Generalmente son gente muy sensible como pacientes (...) me refiero, en términos humanos, así demandan atención, son sensibles a ver el más mínimo gesto de aceptación o no. Este... están muy pendientes (HOSPITAL 10 MI8).

[Una] vez un paciente me preguntó si me molestaba, lo cual era llamativo, si me molestaba atender homosexuales. Tal vez fue por algún gesto que hice o algo por el estilo. (...) estaba en su derecho de preguntar a ver qué me parecía a mí. La respuesta, era evidente, que no, si me dedico a eso. Bueno, pero se ve que tal vez hice algún gesto, algo (HOSPITAL 9 MI10).

Utilizar palabras “neutras”

El alerta también tuvo que ver con prestar atención a la terminología utilizada. Algunos manifestaron tomar el recaudo de utilizar una fórmula “neutra” para contrarrestar el habitual entendimiento heteronormativo. Reproducimos el relato de un médico urólogo sobre su aprendizaje al respecto:

Ya no le pregunto [por] ‘la novia’, ‘la mujer’, siempre le pregunto ‘tu pareja’ porque yo no sé de qué sexo es la otra pareja. (...) Hace unos años tuve una experiencia bastante desagradable y a partir de ahí aprendí: cuando era residente, tuve que ver a un paciente con una uretritis que vino acompañado por alguien que yo interpreté que era el hermano porque de cara eran muy parecidos y de la misma edad pero físicamente eran hermanos y en el momento que terminé la entrevista con el paciente, el otro me pregunta si él también tenía que hacer tratamiento y los miré extrañado y les pregunté si habían estado con la misma mujer y los dos se quedaron mirándome con cara de ‘¿no te das cuenta?’ Tardé y cuando caí les pedí perdón, pero ya la mirada de los dos cambió como diciéndome ‘sos un estúpido, ¿no te das cuenta?’ (HOSPITAL 1 MU17).

La fundamentación de este alerta se presentó a través de una visión ampliamente compartida de que los pacientes homosexuales y bisexuales “están a la defensiva” porque suponen de antemano que se los va a discriminar.

Algunos están más a la defensiva, supongo que tiene que ver como...que se yo... como que el pibe que está en la calle acostumbrado a que siempre lo golpeen, y entonces si vos haces así con la mano, tiene miedo de que le vayas a dar un bife (HOSPITAL 9 MC7)

(...) ellos, digamos, a veces vienen a preguntar con temor, como que uno lo va a atender de una manera diferente. Yo no hago distinción o sea lo mismo que le tengo que explicar a una heterosexual le explico a un homosexual, y digamos que yo no tengo problema, pero es como que ellos si tienen problemas en acercarse (HOSPITAL 13 B14)

Es como que ellos sí tienen problemas en acercarse. Me parece ¿no? O sea, lo poco que yo te puedo decir, no es que sea una experta (...) porque yo creo que en un principio han sido discriminados, ahora en estos momentos me parece que ya no, o sea que... es más me parece que ya han pasado la barrera y están para el otro extremo o sea que (HOSPITAL 13 B14)

“Luchar contra su prejuicio”

En unos pocos casos este alerta se asoció explícitamente a la necesidad (y dificultad) de luchar contra los propios prejuicios por parte de los profesionales:

Yo siempre decía cuando formo a los chicos, que eh, el homosexual tiene una sensibilidad para todo, pero para saber quién lo discrimina, aunque sea, aunque sea pestañeando, si él ve que el médico que está enfrente pestaña cuando le dice que es homosexual, mirá lo que te voy a decir tan fino, no viene más, no viene más, él se da cuenta con quién puede hablar libremente, porque necesita hablar libremente, este... entonces uno, todos somos prejuiciosos, porque no existe, el prejuicio es inherente al ser humano, uno debe tratar de luchar contra su prejuicio, contra todos sus prejuicios, es lo primero que tiene que hacer el médico (...) entonces nosotros tenemos que estar preparados para otra cosa, no somos quiénes para juzgar a nadie, pero eso no es solamente decirlo que queda lindo, sino hacerlo que no es tan fácil (HOSPITAL 11 MC17).

(...) al atender [es importante tener] la convicción de que uno es neutral. (...) [O sea], que uno realmente no lo discrimine. No que aparente, sino que uno realmente no lo discrimine. Lo cual no es fácil porque somos parte, entre comillas contaminados de lo que... de la cultura digamos, de esta cultura (HOSPITAL 13 P2).

Rechazo, burla, desprecio

Son numerosos los tramos en que los entrevistados dieron cuenta de situaciones de rechazo explícito o expresiones de burla del personal de salud. Así se dijo:

Sí, con algunos pacientes, algunos profesionales sienten un rechazo notorio. (...) [Por ejemplo], lo van a atender y aj, aj, el trato es pésimo. Y cuando salen, el comentario es, por ahí, ‘este puto de mierda, no rompa las pelotas’, ¿entendés? (HOSPITAL 2 E5).

(...) se les ríen en la cara o los miran y se corren. Y por ahí comentarios porque por ahí la persona se va y 'mirá vos' 'vienen acá', como diciendo... el desprecio de la gente misma que está esperando (...) Pero en el Policlínico he visto médicos que se les cagan de risa en la cara, sí (HOSPITAL 6 TS1).

He visto que distintos profesionales de otras áreas y otros cercanos que todavía no han abandonado este, digamos, esa premisa de ellos de burlarse o en tono jocoso decir, bueno... 'es maricón', ¡sí!, 'ese es un maricón'. Entonces (...) ahí se nota también el rechazo, ¿no? (...) (HOSPITAL 5 TS10).

Eh, creo que [una relación médico-paciente] en particular mía no. Pero sí tengo compañeros que tienen otra idea de la homosexualidad y eso genera una barrera en la relación que se nota (HOSPITAL 7 MC9).

Yo creo que ahora no tanto, ahora está aceptado, no son tan discriminados. Porque antes, yo me acuerdo, acá en el hospital mismo, cuando yo empecé (...) viví situaciones de colegas, de enfermeras, de un montón (...) Como [que había] un rechazo. Ahora ya no (...) como que hay otra conducta. Se respeta más la condición humana. (...) Pero siempre hay un descolgado (HOSPITAL 6 MD11).

“No revisarlo o no tocarlo”, atender “a la ligera”

Ese rechazo en ocasiones impacta directamente en la realización de procedimientos y prácticas de atención:

No, conmigo no, pero sí tengo colegas que sí tienen reparos, pero no conmigo. Por ahí hay que aclararles 'te voy a derivar este paciente, éste tiene tal cosa, eh', como todo. Lamentablemente hay gente de todo (HOSPITAL 4 MI9).

Vos lo ves en las actitudes de los colegas: ponerte más lejos cuando tenés una entrevista o por ahí no revisarlo o no tocarlo. Yo lo noto. (...) No lo dicen abiertamente pero vos notás un rechazo. Se hacen las cosas, obviamente, pero yo creo que sí, que [rechazo] hay (HOSPITAL 12 MG18).

(...) los atienden como así, a la ligera, u otros médicos que les molesta atender homosexuales como si fueran no sé qué cosa, como si fueran enfermos (...) Se los trata medio en seco, como que no se les quiere llevar medio el apunte, como que molesta, eso sí (...) Eh no desatienden la patología, pero, digamos, que eso de hablar con este paciente les resulta molesto, lo que quieren es que se vaya rápido (HOSPITAL 2 MC2).

[El médico] va a cumplir con lo mínimo indispensable, pero si [el paciente] no sigue, mejor, total no lo va a ver. Y la casualidad es que ese paciente era homosexual (HOSPITAL 4 TS5).

Y, por ejemplo, justamente porque es homosexual, eh medio que eh, no te voy a decir qué compañera, medio que no los quieren atender o por ahí tienen miedo a cambiarle una vía. Y por ahí no tiene HIV, está internado por otra cosa. Pero es homosexual (HOSPITAL 11E5).

En estos extractos referidos a situaciones de rechazo o de trato negativo cabe observar un tipo de argumentación en el que los actores aludidos son siempre terceros cercanos

integrantes de la misma institución: en su accionar, “ellos” (colegas, médicos, compañeros) marcan la persistencia de inaceptables prácticas discriminatorias. Se expresa así una pauta de censura contra manifestaciones homofóbicas y se marca “un umbral de lo que puede ser dicho”¹⁰ o actuado sobre las persona homosexuales y bisexuales.

“Tres HIV al hilo en dos meses”

Una práctica habitual también referida por algunos entrevistados de manera crítica con relación a la actuación de otros trabajadores de la institución de pertenencia fue la realización más frecuente de tests de determinación de anticuerpos para VIH a los pacientes GB.

P: En algunos lados he escuchado que, por ejemplo, a un paciente homosexual le piden más seguido pruebas de detección de VIH, este... ¿acá sabés si pasa lo mismo?

R: Eh... No, no en general, pero puede ser, eh. Ahora que lo decís, quizás una o dos veces lo pude haber observado eso que tres HIV al hilo en dos meses y ya está no tiene, o sea (HOSPITAL 11 MC15).

Es una discusión bizantina con los cirujanos, te dicen y ¿si me pincho? El riesgo es el mismo, te hacés un test rápido, lo tenés a la media hora, sabés si es positivo o negativo y sabés qué es lo que tenés que hacer. ¿Entendés? Pero sí, se pide el HIV como prequirúrgico, es un clásico (...) Pero puede ser que esto de que se pida más frecuentemente en algunos pacientes porque esto del mito de ‘si sos homosexual estee... tenés que tener HIV’ o ‘seguuuramente tenés, entonces por las dudas te lo pido más seguido’. No sé si un mito, pero acá, en este lugar, los números son diferentes, en realidad en este lugar, a ver, a la cabeza son los heterosexuales (HOSPITAL 2 MC10).

Yo creo que por ahí se expone más al paciente y más a un paciente homosexual, me da la impresión a mí... y en otros pacientes, por ahí surge ante el hecho de hacer una serología a una persona que es homosexual que a una persona que... o a un hombre que aparentemente, digo aparentemente porque uno nunca sabe si es heterosexual (HOSPITAL 1 E15).

Como médico, yo veo que una persona, un poco estigmatizados nosotros, que te tendrá por ejemplo en la anamnesis, en la entrevista que vos le hacés al paciente te dice ‘sí, soy homosexual’, bueno le pido serología HIV. O sea, yo creo que sí, pero no tengo la estadística. Obviamente que si un tipo heterosexual que dice que... bueno vos lo ves un poco libidinoso en la forma de ser, en la forma de actuar, también le vas a pedir HIV (HOSPITAL 8 MC7).

¹⁰ Carlos Belvedere, Sergio Caggiano, Diego Casaravilla, Corina Courtis, Gerardo Halpern, Diana Lenton y María Inés Pacecca (2007), *Racismo y discurso: una semblanza de la situación argentina*, en Teun van Dijk (coord.), *Racismo y discurso en América Latina*, Gedisa Editorial, Buenos Aires.

“Acá se utiliza un axioma que es un poco nefasto (...) pero que es una realidad que es que los pacientes homosexuales (...) deben tomarse como VIH hasta que se demuestre lo contrario”.

Sin embargo, estas críticas y la operatoria de esa “pauta de censura” parecieron diluirse en aquellos tramos en donde se desarrollaron consideraciones técnicas o se explicitaron las medidas de precaución y el alerta requerido para la realización de prácticas a pacientes homosexuales y bisexuales. Transcribimos extensamente:

P: ¿Hay cuestiones particulares a tener en cuenta en la atención de personas homosexuales o bisexuales?

R: No, creo que más allá de la protección... Generalmente cuando hacemos endoscopías, los dejamos para lo último porque los aparatos se mandan a esterilizar una vez terminado el día y no después de cada práctica. Pero no otra cosa (HOSPITAL 7 MP18).

Acá se utiliza un axioma que es un poco nefasto diría yo, pero que es una realidad que es que los pacientes homosexuales, entre comillas, siempre es una generalidad, deben tomarse como VIH hasta que se demuestre lo contrario. Porque están asociados a conductas promiscuas. Es un axioma del cirujano, entonces cuando operamos a un homosexual y no conocemos su origen, no tiene una pareja estable, etc: doble par de guantes, gafas y ciertas maniobras protección por esto, porque en general están asociados a las conductas promiscuas. (...) Entonces en las prácticas se toman precauciones que a veces, por decirte, con los heterosexuales no se toman (HOSPITAL 8 MU16).

Cuando el paciente se le pide un estudio para ver sus enzimas o su jugo gástrico, en gastro, como el hospital no cuenta con muchos equipos, aparatología, lo que se hace es citar al paciente para que no se sienta incómodo a cierto horario, realizar los estudios a los pacientes que uno sabe por estudios realizados que o tiene una enfermedad infectocontagiosa, no es homosexual, que sea homosexual pero que tenga prácticas que no perjudiquen a otras personas, como sexo oral, entonces se los deja, no para lo último, se les dice que espere porque hay un paciente que vino de la urgencia, que vino de la guardia, entonces eso es lo que ocurre en el hospital. Pero no son discriminados, por ahí puedan tener estas expresiones, ‘me deja para lo último’, puede llegar a pasar, pero no son discriminados (HOSPITAL 2 E5).

Si bien nosotros por norma de bioseguridad debemos tratar a todos los pacientes por igual (...), uno presta un poquito más de atención cuando tenemos este tipo de pacientes (HOSPITAL 3 E13).

P: ¿En algún momento mientras estás atendiendo es común que salga en una charla la orientación sexual, es común?

R: Y... depende del tipo de atención que pueda tener con el paciente, porque de pronto puede venir por una curación de un dedo y yo puedo subjetivamente pensar que puede tener o no o que puede ser o no. ¿En qué sentido? En que el cuidado que tengo que extremar. Todos los pacientes son de extremo cuidado (HOSPITAL 11 E10).

Bueno hay que tener más bioseguridad con ellos, en realidad acá en el hospital se tendría que trabajar con bioseguridad para todos los pacientes, porque uno no sabe pero, este... sí con ellos en particular, sí, se debería tener más bioseguridad (HOSPITAL 13 E9).

P: Para vos ¿es importante saber si alguien es homosexual, bisexual o trans? (...)

R: Sí, para tener un poco más de cuidado, por las normas de bioseguridad.

P: ¿Vos necesitás saber la condición sexual de una persona por seguridad? ¿Para cuidarte?

R: No tanto la condición sexual, que si bien es cierto que dijimos que los homosexuales son los que mayores probabilidades tienen de contraerla, eh los heterosexuales o los bisexuales, los promiscuos también pueden llegar a tenerla. Lo importante es saber si son positivos o no. Es la inclinación que tengo (HOSPITAL 10 E3).

Consideraremos dos pistas o ejes articulados para el proceso de interpretación de la racionalidad implícita en estas transcripciones. Por un lado, el desplazamiento al nivel de las significaciones desde el significante homosexualidad hacia el significante conducta de riesgo-promiscuidad-VIH-Sida. Tal desplazamiento se expresó en ocasiones en una asociación explícita entre homosexualidad-promiscuidad-Sida como se menciona en el título de este apartado. Consideramos que esta asociación estructura/impregna el campo de significaciones referidas a los eventos y las acciones vinculados a la atención de las personas GTB en los servicios de salud, mostrando la persistencia de la construcción histórica de “grupos de riesgo” y el conjunto de significaciones morales negativas asignado a “los homosexuales” con relación al origen y “difusión” de la epidemia del VIH-Sida.

Por el otro, la cuestión relativa a la universalidad y simultánea selectividad o gradación en la adopción de las precauciones en el trabajo. En particular fueron los enfermeros quienes, a pesar de reconocer la necesaria aplicación de las precauciones a todos los pacientes, al mismo tiempo reconocieron que respecto de la atención de pacientes homosexuales:

- “uno presta un poquito más de atención”,
- “la gente toma más precauciones”,
- “el cuidado lo tengo que extremar”,
- “con ellos en particular, sí, se debería tener más bioseguridad”,
- “hay que extremar las medidas”.

Esta atención mayor, estos cuidados que se extreman, frente a los pacientes homosexuales transforma a éstos en pacientes “codificados” o pacientes de “bioseguridad” como se pondrá de manifiesto en el análisis de las modalidades de los registros clínicos. Esta denominación en particular se adopta en el marco de los requerimientos que impone la Ley Nacional de Sida que impide al personal de salud divulgar la condición de infectado del paciente¹¹. Esto es, se evita nombrar la enfermedad pero a la vez ésta es señalada y redesignada a los efectos de su distinción

¹¹ Como se verá, ello no impide en ocasiones que también se consigne si el paciente está afectado por el VIH.

de los demás pacientes, de “los heterosexuales”: “Entonces en las prácticas se toman precauciones que a veces, por decirte, con los heterosexuales no se toman” (HOSPITAL 8 MU16).

Esto se contradice reconocidamente con la pretendida universalidad de las precauciones. Así se afirma y a la vez se niega en un mismo texto. Consideramos que se encuentran aquí en juego las diversas formas en que la norma continúa, a pesar del tiempo transcurrido, siendo significada por los actores institucionales -esto es, la variedad de sentidos que se le adjudican a las modalidades de su cumplimiento / no cumplimiento- así como, complementariamente, el temor a la infección. Desde aquí podríamos entonces hipotetizar que el reconocimiento de este tipo de accionar y su contradicción constituye una convención altamente naturalizada y posee un menor poder de interpelación. Su expresión resulta entonces más aceptable que la “burla”, el “rechazo a atender” y las otras manifestaciones homofóbicas enumeradas en los apartados anteriores.

b. COMODIDAD/INCOMODIDAD EN LA CONSULTA Y EN LOS PROCEDIMIENTOS DE LA ATENCIÓN

En las últimas dos preguntas del bloque D de los protocolos se indagó sobre posibles situaciones de “incomodidad” en la atención de pacientes homo y bisexuales. La primera pregunta, que se efectuó a todos los perfiles de entrevistados salvo al personal administrativo,¹² fue:

“¿Hubo situaciones en las que se sintió incómodo atendiendo a estos pacientes? ¿Cuáles? ¿Por qué?”.

Luego –y únicamente para el caso de los médicos, enfermeros y personal de laboratorio– se preguntó:

“¿Hay prácticas que le incomodan realizarle a estas personas? ¿Cuáles? ¿Por qué?”

¹² Cabe aclarar que esa pregunta sí se efectúa a los administrativos cuando se habla de pacientes travestis. Es sólo para homo y bisexuales que no se realiza. Y cabe aclarar también que hay casos de administrativos que han relatado situaciones en otros tramos de las entrevistas que le produjeron incomodidad pese a que no se les preguntó.

“Lo tomamos con naturalidad”

Como ante las preguntas analizadas en el bloque anterior, la respuesta espontánea de la mayor parte de los entrevistados fue negativa:

- “no, para nada”,
- “no, nunca”,
- “no, al contrario”.

Y también, al igual que en las preguntas anteriores, esto estuvo acompañado de expresiones como

- “es un paciente más”,
- “me da lo mismo cuál sea su elección sexual”,
- “a todos los pacientes los reviso igual, no depende de si son homosexuales o heterosexuales”, etc.

Así se registró nuevamente el tema de “ser profesional” expresado como ser capaz de distinguir “la parte privada” (del paciente) de la “parte profesional”. Empero, esa expresión constituyó una “fórmula” con frecuencia desmentida por la presencia ineludible o la influencia de esa experiencia o “parte privada” en las relaciones clínicas. De este modo la fórmula se completaría: además de ser capaz de distinguir “la parte privada” de la “parte profesional”, cuando la primera aparece se debe procurar o hacer un esfuerzo por “tomarla” con “naturalidad”.

(...) te digo que lo tomamos con tanta naturalidad que creo que percibe la persona que nosotros somos profesionales (HOSPITAL 5 E5).

P: ¿Y te incomoda a vos como profesional realizarle algún tipo de práctica (...)?

R: No, no, no. Son todas cosas totalmente diferentes, la parte privada que la parte profesional (HOSPITAL 10 B18).

Pese a que éstas fueron las respuestas más frecuentes, en varios casos los entrevistados manifestaron haber sentido efectivamente incomodidad en determinadas situaciones o en la realización de determinadas prácticas.

Incomodidad en los procedimientos

La incomodidad apareció referida en la mayor parte de los casos a la realización de prácticas que implican la revisión de la zona anal. Pese a que algunos aclararon que esa incomodidad es universal y no exclusiva de la atención de pacientes homosexuales y bisexuales, otros dijeron sentir mayor incomodidad con estos últimos. Los siguientes fragmentos dan cuenta de ambos tipos de respuesta.

(...) me molesta cuando tengo que verles la parte anal, por ejemplo ¿no? Porque siendo realmente... el homosexual es algo increíble, sobre todo el travesti más que el homosexual, el travesti trata de ocultar su sexo o sea sus genitales ¿entendés? Pero no tiene ningún problema de enseñar su cola por ejemplo y muchos de ellos tienen problemas fisuras anales vos no te olvides que muchos de ellos son confiados, son manoseados, son insuperados... entonces muchos de ellos muchas veces tienen problemas y eso me causa un poquito de molestia, pero lo hago, me pongo guantes y lo hago (HOSPITAL 6 MI2).

P: ¿Habría alguna práctica (...) que te resulte difícil realizarles a ellos?

R: No (...), los reviso completo al principio, digamos, cuando ellos me dicen, entonces revisamos la zona del ano, qué sé yo... es la parte más incómoda, creo, para cualquier médico (...) por ahí para los heterosexuales me resulta más incómodo revisarle el ano que para los homosexuales (HOSPITAL 3 MI15).

La incomodidad “por causa” del otro

En otros tramos la “incomodidad” se vinculó a acciones de los pacientes, adjudicando a éstos ciertos rasgos de conducta. Uno de estos rasgos consistiría en la mayor tendencia a hablar de sus relaciones íntimas, lo cual fue reHOSPITAL 12do por algunos entrevistados como “morbo” o “perversión”. Esto se expresa en los siguientes fragmentos:

Y... [me siento incómoda] cuando se ponen a contar cosas que hacen en su intimidad demasiado retorcidas a veces. (...) Sus relaciones sexuales medias retorcidas. (...) Porque bueno, me contaban detalles de cómo habían sido o con quién habían sido o en qué situaciones. Bueno, y eso sí, yo ahí nomás me paro, los paro y me pone medio incómoda (HOSPITAL 8 MC1).

Más que incómoda, con rechazo, porque yo tenía un paciente homosexual que se travestía que me contaba sus... tenía como un morbo de contarme sus relaciones íntimas (...) y a mí me molestaba (...) y él venía a eso (HOSPITAL 3 MI16).

En el siguiente extracto, el entrevistado afirmó en una parte no sentir incomodidad, “no tener historia” con estos pacientes. Sin embargo, más adelante, expresó lo contrario. Así, dijo primero: “No, incómodo, no. (...) Yo he tenido pacientes que te piropean ¿viste?, pero no tengo historia (...) pero no es incómodo, está bien, no hay drama. No me jode”. Y en otra parte de la entrevista afirmó: “A veces hay cierto grado de perversión en algunos de estos individuos de contarte cosas extrañas ¿viste? ¿Y a mí que me está contando? En definitiva es cosa tuya, ¿viste?” (HOSPITAL 6 MI6).

Otro rasgo tendría que ver con que algunos pacientes homosexuales “no saben guardar su lugar” o “rompen límites” en sus relaciones en la institución:

(...) por ejemplo, me ha pasado que el homosexual normal, entre comillas, por supuesto, porque ninguno es anormal... lo que me ha pasado el histeriqueo de, de, de... (...) Que lo vea en una mujer por ahí no te incomoda tanto, qué sé yo, por ahí lo manejas de otra manera (...) [pero] te

incomodan aquellos que, entre comillas, ‘no saben guardar su lugar’ (...) No se ubican donde corresponde, donde tienen que estar (HOSPITAL 10 B18).

La relación es diferente porque los pacientes son diferentes, no porque yo sea diferente. (...) Digamos, la actitud mía es la misma, la que a veces cambia es la actitud del paciente que en algunos casos, no digo todos, en pocos casos existen personas que han sido, que han roto límites, entonces son... no me sale la palabra exacta, son personas que se extralimitan en la relación o bien faltan a la relación de respeto con el médico y son controversiales e inclusive hasta con la conducta que uno pueda tener. La palabra exacta no me sale (HOSPITAL 3 MP18).

La incomodidad “del” otro: la “vergüenza”.

Una cuestión a destacar es la frecuencia con que la sensación de incomodidad fue desplazada hacia el “otro”, es decir, al paciente. Las expresiones de este desplazamiento podrían resumirse en dos fórmulas. La primera sería: “yo no me siento incómodo; tal vez quien se siente incómodo es el paciente” y la segunda: “yo me incomodo porque creo que el paciente está incómodo”.

Si vienen por algún problema en el pene, en el ano, así, la verdad que a mí me incomoda revisarlos porque yo los siento incómodos a ellos y yo me pongo nerviosa con eso (HOSPITAL 12 MC2).

(...) por ahí a veces puede ser medio incómodo para el paciente también que lo tenga que revisar que... más que nada esas prácticas (HOSPITAL 1 MC4).

P: ¿Hay prácticas que te incomodan si la debés realizar [a] estos pacientes dentro de tus labores?

R: Si estuviera dentro del servicio de bacterio, sería la toma de muestras de las secreciones genitales de ellos. No por mí, capaz que por ellos más que nada que se sientan incómodos (HOSPITAL 5 T3).

Esa incomodidad implicó en algunos casos el reconocimiento de la “vergüenza” o el “pudor” de los pacientes frente a diferentes situaciones de la atención, en particular aquellas que implican la realización de determinados procedimientos en la zona anal o genital:

Por ejemplo, vienen preocupados, muchos varones, porque [tienen] alguna afección en el pene y no se animan a decirte con nombre y apellido que tienen una afección ahí, ‘me duele allá abajo, tengo allá abajo’ y no te dice qué (...) [y] hay que revisarlos, ya les molesta, bah se sienten incómodos, no es que les molesta, les da vergüenza (HOSPITAL 202 MC2).

Yo creo que algunas prácticas, sobre todo al homosexual masculino, la colocación de la sonda vesical el hecho que lo haga una mujer me parece... no es que a nosotros nos dé un rechazo sino que al paciente le genera un poco de pudor (HOSPITAL 1 E9).

“Prefieren un varón”

Con relación al abordaje de estas situaciones, unos (los menos) plantearon que los pacientes homo y bisexuales tienen preferencia por el trato femenino, otros respondieron que lo habitual es que prefieran que esas prácticas sean efectuadas por varones. Es ésta una de las causas habituales de derivación, en estos casos, a un médico varón.

Ellos a veces preferían ser atendidos por una mujer y no por un hombre (...) como que ellos se contienen más con la mujer, por lo menos conmigo. Yo iba, les hablaba, tranquilos, les gusta que los traten con más suavidad, con más cariño, más confianza (HOSPITAL 12 E6).

Generalmente ellos buscan más a médicos que a las chicas, ¿entendés?

P: ¿Los homosexuales varones?

R: Sí, es una constante (HOSPITAL 12 MI11).

(...) es un paciente más, tengo que revisar, les pido permiso como a todo el mundo y si hay algo que a ellos les incomoda que tengo que hacer y prefieren un varón por ejemplo, bueno, voy a solicitarle a mi compañero que me haga una mano con esto (HOSPITAL 2 MC2).

Si vienen por algún problema en el pene, en el ano, así, la verdad que a mí me incomoda revisarlos porque yo los siento incómodos a ellos, y yo me pongo nerviosa con eso. Es como... si es por esa patología, yo directamente los mando al consultorio de ETS (HOSPITAL 12 MC2).

La incomodidad “del” otro: las condiciones de la atención.

Desde nuestro punto de vista resultaron significativos los comentarios que ubicaron la incomodidad del paciente en aspectos que en realidad tienen que ver con las condiciones mismas en que se encuentra organizada la atención, asociadas en los siguientes extractos a precariedad edilicia o ausencia (reconocida por los propios entrevistados) de cuidados sobre la privacidad.

“A ver si las puertas están bien cerradas”

(...) aparte, en el consultorio donde yo estoy, nos separa más o menos un durlock del consultorio donde atiende una nutricionista, entra y sale, donde ni siquiera se puede desnudar al paciente porque se pone en situaciones incómodas (HOSPITAL 12 MC2).

Es importante la reserva para ellos, es muy importante la reserva. Uno tiene que cuidar mucho el detalle. (...) En ellos es como que yo noto como que hay cierta incomodidad a ver si las puertas están bien cerradas o viste, esa cosa de ver, de buscar, no sé cómo te puedo decir, no sé si la complicidad o... (HOSPITAL 1 MC7).

“Y para colmo había estudiantes”

(...) un varón homosexual HIV (...) Son personas que acuden generalmente a la consulta tensas, incómodas, con dificultad para expresar sus problemas. No son como otros pacientes que a veces vienen pero están sueltos, se distienden, se relajan. (...) no sé si yo le genero el mejor clima de dialogo (...) Es posible que como siempre estoy con alumnos, ese sea un factor (HOSPITAL 8 MU16).

P: ¿Y hay prácticas que le incomoda realizarle a las personas homosexuales?

R: No, no porque generalmente acá vienen y se tienen que bajar los pantalones y mostrar desde la puerta del ano hasta corriéndose el cuerito para atrás y mostrar todo lo que es la cabeza del pene (...) Te imaginás, he estado siete años en urología cambiando sonda, si me va a llamar la atención uno más, una menos. Es indiferente ¿entendés? A lo mejor me ha causado gracia ese que vino que dijo “y...” estaba con la... así, con la cabeza así, mostrando. Era el día de los enamorados y venía con la pistola hecha bosta. A lo mejor me causaría gracia porque por estúpido le pasó y se había drogado demasiado y hecho pelota. (...) Me tentaba de risa ese día porque digo yo “guau”. Estaba con la cabeza así.

P: Ah, ¿estaba acostado en la camilla?

R: No, parado. Y para colmo habían estudiantes, habían de todos, y mostrando él y bueno, tenía que manifestar qué había hecho y cómo había llevado a lo que él traía.

P: Ah, ¿y esa situación pasó con todos los estudiantes adentro del consultorio?

R: Claro (HOSPITAL 8 E4).

Estar “cubierto”

Señalamos finalmente una cuestión que, si bien no apareció con frecuencia, resulta significativa en lo que se refiere a la valoración asociada sobre las personas homosexuales y bisexuales y que puede sintetizarse en la idea de estar “cubierto” o “tener mucho cuidado” en la atención. Se trata de atender con “testigo” o evitar expresar opiniones personales (¿?) frente a individuos caracterizados como querellantes o inmanejables por su “personalidad indefinida”.

Por ahí los trato de revisar siempre con un enfermero para no tener algún problema que haga o diga... Los pacientes homosexual, bisexual o travesti son muy particulares, o si lleva dos horas ahí afuera esperando, entran o gritan o dicen “¡ay me hizo daño!” Entonces uno siempre tiene que trabajar con un enfermero al lado para cubrirse de que uno no vaya a tener un problema legal el día de mañana, o “me discriminó” o “me hizo esto o me hizo lo otro”. (...) cosa de decir “mire, yo lo trato bien, no se le hizo esperar”. De por sí ya se sienten discriminados, todo el mundo los mira y ya es una discriminación. Porque uno los mira porque es una cosa rara, porque vienen bien arreglados, porque son esto, aquí, allá, entonces uno lo mira (HOSPITAL 8 MP6).

(...) yo tengo que cuidar por ejemplo mi vocabulario ¿entendés? No es lo mismo hablar con un heterosexual, que hablar con un homosexual, porque yo por ahí con un heterosexual me puedo dar hasta el lujo de decir mi manera de pensar, pero con un homosexual yo tengo que tener mucho cuidado, cómo me manejo (...) qué es lo que le digo inclusive hasta el afecto que yo le puedo presentar ¿me entendés? Porque a veces uno tiene que ser más afectuoso con un homosexual que con el heterosexual porque ya de por sí el heterosexual tiene su personalidad definida en cambio el homosexual no tiene la personalidad definida ¿entendés? Entonces hay que tener mucho cuidado con esa gente (HOSPITAL 6 MI2).

Este conjunto de caracterizaciones y valoraciones en torno de los pacientes homosexuales y bisexuales en los distintos contextos de la atención se retoma en el punto que sigue.

3.2- LA CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS HOMOSEXUALES Y BISEXUALES

En esta parte presentamos resultados del análisis sobre los modos de caracterizar a las personas homosexuales y bisexuales. Aunque no fue indagado de manera explícita en las entrevistas, exploramos los modos de caracterizar, definir y categorizar a la población GB a partir de las respuestas a las preguntas referidas a su identificación en el trabajo cotidiano y las peculiaridades señaladas hasta aquí en los modos de atención en los distintos espacios institucionales.

Estos modos nos introducen en el universo de clasificaciones y las valoraciones presentes en las construcciones discursivas de los entrevistados referidas a las personas homosexuales y bisexuales y su atención. Cabe señalar que esta información focaliza en las reflexiones y evaluaciones desarrolladas por éstos a partir de sus prácticas y experiencias, y no en sus opiniones o puntos de vista generales expresados en otros tramos de las entrevistas. En otras palabras nuestro interés principal ha estado dirigido a la interpretación de aquellos modos de valorar expresados al nivel discursivo pero desde las condiciones mismas de las prácticas.

a. LA VISIBILIDAD

Un primer punto en este análisis es la existencia de una escala o gradación según la cual la mayor visibilidad corresponde a travestis/transexuales, luego homosexuales/gay y en último lugar, las personas bisexuales. En efecto, la mayor incertidumbre se asoció a la dificultad de reconocer a estas últimas.

El homosexual se manifiesta, el bisexual no te dice nada, vos ni te enterás [que es bisexual] (HOSPITAL 3 T3).

(...) el bisexual está encubierto, tiene una personalidad encubierta (HOSPITAL 11 E3).

(...) yo un bisexual no hay forma de que me dé cuenta, ni hablando, ni de ninguna forma. Al menos no sé, tampoco sé de qué forma, qué me podría decir para que yo me dé cuenta, o... yo no conozco a nadie bisexual. Sé que existe en la realidad, pero no... y tampoco sabría cómo darme cuenta. Me quedaba pensando en eso, vos me preguntabas un bisexual y yo decía nunca, nunca me di cuenta de estar frente a una persona bisexual (HOSPITAL 11 F6).

(...) difícilmente conozcamos nosotros el paciente bisexual es muy difícil que sepamos que es bisexual (HOSPITAL 13 MP17).

Con relación a la posibilidad de identificar a las personas homosexuales en la atención, los entrevistados establecieron diferencias:

NO ESCONDEN	ESCONDEN
LO EXPRESAN /LO DICEN	NO LO EXPRESAN/ NO LO DICEN
EXTERIORIZAN	PASA DESAPERCIBIDO

[Los pacientes homosexuales] la verdad que no son reacios para nada, no, no, son muy espontáneos no. (...) Y no esconden su, su homosexualidad tampoco (HOSPITAL 5 MP18).

Hay algunas personas que son más, que exteriorizan un poco más su situación y en otros casos pasa desapercibido (HOSPITAL 3 E08).

(...) algunos lo expresan de una manera mucho más simple que es evidente a simple vista, otros lo expresan en el interrogatorio, en la anamnesis y otros definitivamente no lo expresan (HOSPITAL 3 E2).

(...) muchos que se presentan como heterosexuales no lo son (...)(HOSPITAL 3 MI 16).

(...) Hay muchos pacientes que son homosexuales y, por ahí, uno dice, no son homosexuales, y con el tiempo uno los va conociendo y descubre que son homosexuales. Claro, con la confianza, por ahí, que se puede entablar entre el médico y el paciente, ¿no? (...) Y otras veces el paciente viene, directamente, y dice “yo soy homosexual, tengo mi pareja y todo lo demás (HOSPITAL 10 MC6).

En una primera aproximación al análisis de esta diferenciación por oposición, podemos señalar:

- el peso mayor en términos de sentido del conjunto

ESCONDEN
NO LO EXPRESAN/ NO LO DICEN
PASA DESAPERCIBIDO

- la sospecha como una característica de las relaciones:

A veces te lo dicen, a veces lo podés sospechar por ciertas actitudes del paciente, pero a veces no podés saber_(HOSPITAL 10 E3).

(...) El homosexual tiene algunos rasgos que te hacen sospecharlo (HOSPITAL 8 MU16).

- la permutabilidad o fluidez de las ideas implicadas, como se pone de manifiesto en la siguiente transcripción en la que a vez se afirma y se niega la posibilidad del reconocimiento de los pacientes homosexuales:

(...) el homosexual es una persona que se presenta a veces tal cual es y a veces queriendo ocultarse, pero vos te das cuenta cuando es uno y cuando es otro (HOSPITAL 11 E3).

b- COMPORTAMIENTOS Y RASGOS DE LAS PERSONAS HOMOSEXUALES

Frente a esta incertidumbre, los entrevistados destacaron un conjunto de rasgos y comportamientos a partir de los cuales sería posible reconocer a las personas homosexuales. Los comportamientos señalados fueron: los modos de hablar, de vestir, de caminar y la expresión de cuidados calificados como propios de la mujer, “amanerados”, “feminoides”, un modo de aprehender a partir de “conjeturas” o suposiciones fundadas en apariencias en el que se evidencian algunos de los tópicos a través de los cuales se ha tematizado históricamente a las personas homosexuales. Se trata de los efectos del trabajo cotidiano de fijación de estas personas a un conjunto de atributos y rasgos que muestra la huella de la construcción heteronormativa hegemónica y resulta en la esencialización y al mismo tiempo reducción de la complejidad de las experiencias sociales de estos sujetos (estereotipación).

Se manifiesta en todo momento, ellos ya llegan con su... nosotros ya determinamos, o sea ya, ya sabemos bien quién es homosexual y quién no, porque se manifiestan físicamente en todo sentido que son. (...) En su forma de hablar, en su forma de comportarse ya se los detecta, hay muchos que tratan de ocultarlo pero con el tiempo confían, ya toman confianza y nos confían su condición, sí (HOSPITAL 12 E6).

Cuando se lo interroga sobre lo que le sucede, por qué vino a esta Guardia y su orientación sexual puede aparecer en su forma de hablar, en su forma de expresarse o en su forma de vestir (HOSPITAL 5 E2).

[Se reconocen] por su manera de vestir o de caminar o de hablar del paciente cuando entra al consultorio (HOSPITAL 3 MC14).

[Tienen] gestos feminoides, muchos gestos, muchos hábitos de su higiene muy afeminoides, de cómo se teñía el pelo, cómo se afeitaba, cómo se cuidaba (HOSPITAL 8 MU16).

[Tienen] algunos tatuajes particulares, una cadena, forma de ser amanerada (HOSPITAL 8 MC11).

(...) alguien que se lo ve caminando y la persona camina, si es un hombre y camina como una mujer, tiene modismos (HOSPITAL 4 T12).

Sin embargo, y como se evidencia en las transcripciones que siguen, en estas especificaciones suele intervenir el modo argumental presentado más arriba por el que se afirma y a la vez se niega y que refleja más la incertidumbre que la capacidad de identificar o reconocer individuos a partir de comportamientos determinados.

Uno por ahí ve alguna persona y despierta tendencia en la manera de hablar, en los ademanes, pero hay otras personas que no, para nada, entonces no es tenido en cuenta (HOSPITAL 5 E11).

(...) uno va notando (...) hay como un bajo margen de error en detectar al homosexual, porque no todos son afeminados, muchos, la mayoría no son afeminados, al afeminado lo notás en el colectivo (...) pero hay algunos que no lo son (...) hay muchos que son rugbiers y que son homosexuales (HOSPITAL 2 MP15).

Cabe en este punto introducir un necesario comentario sobre el sujeto/los sujetos aludidos en estas respuestas y también en las propias preguntas de los entrevistadores. Las preguntas fueron formuladas en términos de “los pacientes” o “las personas” homosexuales y bisexuales y las respuestas en algunos casos reconocieron y valoraron casos conocidos derivados de la propia experiencia:

- “la gente que yo conozco de allá [infectología]”,
- “el otro día vino una pareja de homosexuales”,
- “en algunos casos”,
- “en pocos casos”,
- “en muchos casos”.

Lo habitual, sin embargo, fue la apelación a modos genéricos:

- la homosexualidad,
- el homosexual,
- un homosexual,
- los homosexuales,
- los varones homosexuales,
- la población homosexual,
- el paciente homosexual o bisexual,
- los pacientes homosexuales,
- el grupo de homosexuales,
- la gente homosexual.

Es interesante observar estas formas de denominación (incluidas las aplicadas por el propio protocolo) que a la vez que delimitan un “ellos” (“tercera persona excluida de la relación enunciador-enunciario”)¹³ en tanto “otros”, se formulan en un evidente paralelismo con la idea de “grupos” asociada sobre todo a la epidemiología del VIH-Sida, “grupos” “que fueron definidos a partir de la reducción de individuos a comportamientos (...) y reagrupados de acuerdo con la creencia de que esos comportamientos eran comunes a todos”.¹⁴

Una caracterización ulterior de las personas homosexuales fue realizada sobre la base de la atribución de rasgos altamente variables y que reflejan los procesos de estereotipación referidos a estas personas. En este listado se reiteran de manera significativa adjetivaciones que pueden ser utilizadas como pista para analizar las fuentes diversas de estos estereotipos.

“Son cuidadosos”, “se cuidan” (la caracterización registrada con más frecuencia)

La gran mayoría, yo he estado, por ejemplo en infectología y de la gente que yo conozco de allá la gran mayoría se cuida mucho, viene a todos los controles, hacen todo lo que los médicos les dicen, o sea que internación no requieren (HOSPITAL 2 E11).

Me parece que se cuidan muchísimo, tienen quizás mayor cuidado, mayor prevención que otros (HOSPITAL 3 T3).

(...) el homosexual de por sí se quiere mucho más a sí mismo, no se hace daño, considera que bueno... que se tiene que cuidar (HOSPITAL 8 MI1).

(...) son mejores pacientes, o sea son pacientes más... en eso se diferencia en cuanto al resto por ejemplo los varones que son homosexuales de los no homosexuales, los varones homosexuales hacen los tratamientos, concurren a la consulta, vienen a los controles, se preocupan por la salud (...) son pacientes mucho más preocupados por su salud que el resto de la población, en general piden más explicaciones y son más responsables en cuanto a la realización del tratamiento y a concurrir a los controles posteriores (HOSPITAL 13 MC8) .

Ellos la tienen bien clara. Ellos se cuidan más que los heterosexuales (HOSPITAL 9 MC18).

R: (...) el homosexual se cuida más que el heterosexual (...) tiene más cuidado en sus relaciones que el heterosexual

P: ¿Y este cuidado sería, cómo?

R: Métodos de barrera o de prevención de infecciones (...) por eso, a mí, tanto el homosexual como el transexual o el... no... me parece ahora que no tienen tanto riesgo en la parte de infección por la vía sexual, porque se cuidan mucho, tienen, o sea, son más obsesivos en eso (HOSPITAL 2 MC3).

¹³ Belvedere et al, op.cit: 48.

¹⁴ Tim Brown (2000), Aids, risk and social governance, en *Social Science & Medicine*, 50: 1273-1284.

“Son educados”, “respetuosos”, “instruidos”

(...) cuando vienen a verme o a pedirme algo es como que son muy muy educados, son muy amables, no son groseros (HOSPITAL 6 A3).

Son más educados, son más respetuosos, son más cuidadosos en ellos mismos (HOSPITAL 11 T7).

[Los homosexuales] son muy agradables, en las entrevista sumamente respetuosos, agradables, se violentan si se enojan. Pero yo muy pocas veces he tenido un momento de crisis con los pacientes, es decir de enojo, no son pacientes conflictivos (HOSPITAL 9 TS14).

Son muy educados todos, la verdad que sí, respetuosos (HOSPITAL 4 E2).

(...) tienen su casa, su vida, y son mucho más respetuosos que cualquier otra persona. Al contrario, la experiencia con homosexuales, para mí es fantástica (HOSPITAL 7 TS16).

(...) el homosexual suele estar más instruido en el tema que el heterosexual (...) muchos homosexuales saben que por sexo oral se puede contagiar ITS y los heterosexuales la mayoría lo desconoce (HOSPITAL 1 MU17).

Son “abiertos”

[El homosexual] es un poco mas abierto (HOSPITAL 8 MP6).

(...) ponen menos reparos para la atención, para hacerse estudios, para hacerse análisis. (...) yo noto otra predisposición (...) Ellos son más abiertos y hacen que uno entre más en confianza (HOSPITAL 12 MG18).

También se planteó:

Son “tímidos”, “cerrados”, “reticentes”

[El homosexual] es un poco tímido (HOSPITAL 8 MC7).

(...) el otro día vino una pareja de homosexuales a sacar turno. Venían juntos, “somos pareja” me dijeron. Me sacaron los dos juntos turno para ver al doctor (...) noto que son más, más cerrados. Les cuesta largarse, abrirse. Lo que pasa es que no son temas fáciles para contárselos a una persona que se le cruce (HOSPITAL 6 A12).

R: (...) ellos son más reticentes a lo que es la consulta, salvo que tengan algo grave, son muy reticentes a la consulta [se refiere a homosexuales y bisexuales] (...) hablan poco, ellos hablan poco y te dicen únicamente lo que les interesa contar, siempre se guardan mucha información.

P: ¿Por qué crees es esto?

R: Para que no los juzgue, o sea, para que no los juzgue y para no exponerse (HOSPITAL 2 MC3).

Son “frágiles”, “desvalidos”, “sensibles”, “vulnerables”

Yo creo que por ahí mayor sensibilidad tienen y más en el momento... de encima que están enfermos o algo suma eso, tienen mayor sensibilidad al momento de atenderlos (HOSPITAL 12 TS1).

(...) lo veo más desvalido, lo veo como que necesitan más cariño. Es más la atención de madre a hijo (HOSPITAL 12 E5).

(...) son muy frágiles emocionalmente (HOSPITAL 13 MD16).

Por mi parte es como que lo noto más vulnerable, hace que mi trato sea distinto. Como que necesita mayor contención, me hace sentir de esa manera. No significa que los otros pacientes no, pero en ese aspecto existe una diferencia. En lo que es la práctica no, en cuanto al trato sí (HOSPITAL 9 E16).

Son “barulleros”, “demandantes”, “controversiales”, “irrespetuosos”

(...) tienen que... sobresalir me parece, me parece que ellos se ponen una personalidad que no debe ser la de ellos, no es cierto, porque si ellos serían una persona que no se discrimina no estarían haciendo tanto barullo, me parece ¿no? (HOSPITAL 12 MC16).

(...) son pacientes especiales, pacientes muy demandantes. Pacientes que requieren una atención permanente casi, y a veces son varios pacientes que están a la espera y el médico no cuenta con el tiempo suficiente (HOSPITAL 2 TS4).

(...) **en algunos casos**, no digo todos, **en pocos casos**, existen personas que han sido, que han roto límites, entonces son... no me sale la palabra exacta, son personas que se extralimitan en la relación o bien faltan a la relación de respeto con el médico y son controversiales e inclusive hasta con la conducta que uno pueda tener. La palabra exacta no me sale (HOSPITAL 3 MP18).

Los pacientes homosexual, bisexual o travesti son muy particulares, o si lleva dos horas ahí afuera esperando, entran o gritan o dicen “¡ay me hizo daño!”. Entonces uno siempre tiene que trabajar con un enfermero al lado para cubrirse de que uno no vaya a tener un problema legal el día de mañana, o “me discriminó” o “me hizo esto o me hizo lo otro” (HOSPITAL 8 MP6).

Son “agresivos”

[Alguna vez me he sentido incómoda atendiendo pacientes GB] por esta cuestión que la gente no asumida te culpa a vos por ser lo que son; que te agraden verbalmente, que te tratan torpemente y no deja de ser riesgoso tu tarea con esas personas a veces... y genera una tensión (HOSPITAL 3 T3).

El paciente, muchas veces viene agresivo al administrativo, el administrativo le responde de la misma manera entonces estamos mal. El administrativo tiene que saber que esa persona tiene conflictos, tiene conflictos de salud, conflictos psicológicos, personales, etc. y que no pueden resolver (HOSPITAL 6 MC10).

Son “promiscuos”

(...) los varones homosexuales son mucho más promiscuos que los varones promiscuos heterosexuales ¿me entendés? (...) el heterosexual tiene un poquito más de pudor, tiene más tendencia a utilizar más el preservativo, tiene más tendencia a ver por dónde anda, tiene más tendencia a consultar ante la menor eventualidad (HOSPITAL 8 MU16).

Porque este tipo de enfermedades [de transmisión sexual] se dan por contacto y, este, las relaciones sexuales, la promiscuidad, la homosexualidad, el travestismo (...) hacen que se produzcan con muchísima más facilidad en ese tipo de comunidades. Sí sí, el hecho de no mantener una pareja estable, el tener múltiples relaciones con distintas parejas, este, bueno las enfermedades venéreas obviamente y bueno todo ese tipo de condicionamientos de vida, este, hacen que este tipo de infecciones se desarrollen con muchísima facilidad en estas comunidades obviamente (HOSPITAL 4 MG3).

(...) muchos homosexuales son muy promiscuos también entonces o tienen una conducta sexual que los lleva a la promiscuidad y a exponerlos a contagiarse de determinadas enfermedades (HOSPITAL3 MI16).

R: (...) yo le dije a un paciente alguna vez con el tema de algunos contagios, de enfermedades de transmisión... el problema no es que sea homosexual, el problema es que sea puto, que sea promiscuo, el tema de base es la promiscuidad y creo que si bien en la población heterosexual, la promiscuidad se da y bueno, le dio por ese lado, hombre mujer, al heterosexual [sic], le gusta más de la cuenta (...)

P: ¿Entonces vos pensar que el homosexual hombre es más promiscuo?

R: Yo creo que sí. Definitivamente o sea, definitivamente (HOSPITAL 6 MI6).

(...) Normalmente el paciente homosexual o bisexual cuando es joven es muy promiscuo y en la promiscuidad hay demasiadas enfermedades, entonces se contagian los homosexuales jóvenes sobre todo y no le tienen miedo a nada, el ímpetu de la juventud, se acuestan con Dios y María Santísima (...) Yo tengo muchos pacientes que se han iniciado a los 16, 17 años en su vida homosexual y uno les aclara que tienen que tener cuidado con sus relaciones de pareja y no lo tienen y creen que no se van a contagiar, sin embargo terminan todos contagiados (HOSPITAL 8 MP6).

Bueno, por ahí la homosexualidad también tiene que ver, está muy relacionada con la promiscuidad y, si hay promiscuidad y no hay cuidados, hay patologías que se dan más en estas personas como las enfermedades de transmisión sexual (HOSPITAL 9 E2).

Resumiendo los rasgos a través de los cuales se los tematiza:

CUIDADOSOS	PROMISCUOS
EDUCADOS	BARULLEROS
RESPETUOSOS	DEMANDANTES
	CONTROVERSIALES
	IRRESPETUOSOS
ABIERTOS	TÍMIDOS

	CERRADOS RETICENTES
FRÁGILES DESVALIDOS SENSIBLES VULNERABLES	AGRESIVOS

En el proceso de identificación operan así un conjunto de nociones y estereotipos sobre los comportamientos y rasgos de personalidad de las personas homosexuales. Algunos son de signo positivo, otros de signo negativo. Desde allí se propusieron tipificaciones basadas en la asignación diferencial de estos rasgos, delimitando y cristalizando así “distintos tipos de homosexuales”:

(...) todas estas situaciones por ahí están asumidas abiertamente y por ahí no, digamos (...) hay algunas personas que la asumen tranquilamente y bueno, tienen sus cuidados y demás; y hay otras que lo viven con tanto temor y resquemor que hasta cometen digamos... no se cuidan, son mas promiscuos o sea... yo creo que eso influye mucho también (HOSPITAL 3 MC10).

(...) hay homosexuales de distintos tipos ¿A qué me refiero? Hay homosexuales que son muy en lo privado y quizás no se entera nadie, hay homosexuales que son aparatosos o que son muy... su manera de ser es muy provocativa.(...) como que siempre busca la ovación (HOSPITAL 8 MC11).

(...) esta gente ya está acomodada su mente, lo que quiere, porque están bien preparados, aunque hay de lo otro, a veces aparecen esos mariquitas que por ahí son histéricos, son dañinos, También hay de esos (HOSPITAL 6 E9)

(...) No sabría decirte definitivamente por qué, pero [el homosexual] es un paciente que en la consulta en general no se siente tan cómodo. Algunos sí, sobre todo los que llevan más años, los que tienen una vida más resuelta. Pero el joven que pareciera que no terminan de sentirse cómodos con su homosexualidad ante la sociedad (me da la sensación) a veces está más tenso al diálogo, le cuesta más expresarse. Me da esa sensación, es una sensación (HOSPITAL 8 MU16).

c- LOS ESTEREOTIPOS Y SUS FUENTES

Como se ha dicho en parte, en estas construcciones taxonómicas la carga descriptiva se asocia a cargas valorativas que recogen distintos modos de asociación. Por un lado, la histórica concepción heteronormativa y patriarcal expresada en el establecimiento de patrones de normalidad y de regulación de los erotismos a través de los cuales se objetiva y diferencia lo saludable de lo no saludable en la vida y las relaciones sexuales. Por el otro la configuración en la epidemiología inicial del VIH-Sida de “los homosexuales” como un “grupo de riesgo” y como amenaza y la relación significativa entre homosexualidad, Sida, promiscuidad y peligrosidad. A estas fuentes cabe añadirle la posterior caracterización médica del “homosexual” como “buen paciente”,

como paciente cuidadoso, opuesto a los “malos pacientes”, los “adictos”, a partir de la instalación de los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia a mediados de la década de 1990 y en el contexto de los debates en torno del problema de la adherencia a los tratamientos.¹⁵

En conclusión preliminar, la indagación inicial puso de manifiesto modos diversos, contrapuestos y/o contradictorios de clasificar/valorar a las personas GB revelando la huellas y a la vez dando “pistas” sobre la persistencia del universo de clasificaciones sociales en los que se inscriben estos discursos. El repertorio de recursos de estereotipación resultó sin embargo, ubicuo y variable, fluido y muchas veces permutable entre sí. A ellos se recurrió para argumentar tanto la corrección o la incorrección, la desviación o no de un conjunto de “otros” esencializados y definidos como objeto de intervención, de tutelaje o de control, fijándoles en esa operatoria discursiva los límites de lo que “son” y también “lo que podrá[n] o no podrá[n] nunca llegar a ser”.¹⁶

d- LOS ESTEREOTIPOS Y UNA CRÍTICA POSIBLE

Con todo, sin embargo, en este marco global de pre-juicios y tipificaciones de signo opuesto y aun coexistiendo con éstos, hemos podido reconocer algunos señalamientos de los entrevistados en torno de la variabilidad y la heterogeneidad de las prácticas y la diversidad de condiciones implicadas en las vidas de las personas homosexuales y bisexuales. En ellos cabría ponderar la posibilidad de un reconocimiento diferencial de las problemáticas de estas personas y una superación de las convenciones más allá de los estereotipos.

➤ La identificación del propio desconocimiento (“¡cómo no iba a saber!”) sobre las necesidades y los modos de vida de las personas homosexuales y bisexuales.

(...) cuando un paciente se presenta yo le pregunto a qué se refiere con toda esta terminología, porque te encontrarás con sorpresas. Te dicen: yo no soy gay, soy travesti, soy bisexual. Y bueno, me voy ubicando según como se denominan ellos. Algunos son homosexuales o son heterosexuales de día y a la noche son travestis. Es toda una cosa que es bastante compleja de entender (HOSPITAL 9 P12).

Aprendí mucho del homosexual varón, porque me hacían preguntas que en realidad debería saltar y ¡cómo no iba a saber si yo estoy para aconsejarlo! Entonces, por ejemplo, decían, “qué lubricante

¹⁵ María Laura Recoder (2001), “El problema médico de la adherencia, la relación médico-paciente y el “contrato terapéutico” en la atención a personas que viven con VIH-Sida, *Cuadernos de Antropología Social*, 13: 157-182; Susana Margulies, Etiología y riesgo en la construcción clínica de la enfermedad VIH-Sida. Ensayo de antropología de la medicina, *Revista Intersecciones*, en prensa.

¹⁶ Bevedere et al, op. cit.: 55.

puedo usar”, cualquiera, no sé, no, porque los oleosos tienen más índice de rotura de profiláctico, entonces, decía lo único que tengo es ir a la farmacia y decir “qué vendés” y me da vergüenza preguntar [risa] porque van a pensar que yo soy... y ahí viene todo el tema de entonces vos medio lo rechazás porque te da vergüenza (...) (HOSPITAL 2 MP15).

➤ **La existencia de diferencias y desigualdades en el acceso a recursos materiales y simbólicos según clase o condición social**

(...) dentro de los homosexuales, como en cualquier otra patología, hay diferentes clases sociales, en donde uno se puede encontrar con un homosexual clase media alta donde la elección al sexo, la elección a su pareja ha sido totalmente distinta a donde se maneja en otro mundo y demás. Después hay una clase social baja donde muchas veces tienen relaciones sexuales con gente de su mismo sexo que tiene que ver con la cuestión del trabajo, de poder llevar el pan a su casa, historias de chicos que ahora tienen 30 años pero que empezaron a los 11 años, 12 años y bueno eso les permitió hasta el día de hoy, o sea les permite comer. Otros que no, que tienen mucho dinero, que eligen una persona de su mismo sexo y la pasan re-bien (HOSPITAL 3 TS5).

(...) me parece que la orientación sexual no es el problema, el problema son los recursos con los que cuenta la persona a partir de esa orientación sexual. Si tenés recursos económicos y sos homosexual y tenes educación para saber medidas de prevención y acceso a la salud, a la educación, lo más probable es que no tengas, salvo por ahí alguna cuestión particular, muchas patologías de salud vinculadas con la homosexualidad (HOSPITAL 4 MH14).

Depende mucho de su condición social. Me parece que el cuidado pasa por ahí. Si tienen más poder adquisitivo, se cuidan más (HOSPITAL 4 A17).

➤ **La identificación de las dificultades asociadas a las trayectorias de afirmación genérica**

(...) si yo comparo el homosexual de los ochenta con el del dos mil nueve, la situación ha cambiado enormemente. El homosexual de los ochenta era una persona angustiada, fóbica, por lo social, con una gran presión social, perseguido como grupo, sin poder prácticamente, ni siquiera a nivel familiar que era homosexual y eso le daba una gran infelicidad. De hecho tengo el recuerdo de muchos pacientes míos llorando en el consultorio porque lo que más le dolía del HIV era que a través del HIV se enterara alguien de que era homosexual. Muy doloroso, no podían vivir su sexualidad libremente. Ahora el gran cambio que sí, que la pueden vivir libremente, ya nadie se esconde, digo nadie como una generalidad porque hay gente que no, pero sobre todo lo chicos jóvenes lo viven en forma diferente (HOSPITAL 11 MC17).

(...) me dan una sensación de... el homosexual persona (...) me parece es una persona que tiene que cambiar mucho y... me da la sensación no puedo decir de lástima pero si me parece de situación de que le debe costar y que tiene que tener un elemento que es más traumático para el ¿no?, ese, esa, ese cambio que de personalidad me lo imagino que le debe costar mucho sobrellevar, no puedo decir lástima, pero...me conmueve un poco más la persona que es travesti. Quizá porque por ahí prejuzgue a lo mejor no le pasa lo mismo. Pero no le debe ser nada fácil (HOSPITAL 10 MC7).

Algunos están más a la defensiva, como... supongo que tiene que ver con qué sé yo ¿no? (Interrupción). Este... eh, supongo, algunos están mas a la defensiva, supongo que tiene que ver como, qué sé yo, como que el pibe que está en la calle acostumbrado a que siempre lo golpeen y entonces si vos hacés así con la mano, tiene miedo de que le vayas a dar un bife, ¿no? (HOSPITAL 9 MC7).

(...) Son más vulnerables psicológicamente, me parece a mí. Soy una insolente diciendo esto porque yo no soy psicóloga. Pero yo los veo más vulnerables porque, de alguna manera, frecuentan más parejas y más parejas ocasionales. Van a una fiesta, van a un baile, no tienen ningún problema en mantener relaciones no protegidas. Porque esto de encontrar pareja es bastante difícil en la homosexualidad, también. Ni que hablar de que cuando a esto va sumado el VIH. Así que creo que, así como la mujer es vulnerable psico-fisiológicamente, por su anatomía también... yo creo que el varón homosexual me parece que también (HOSPITAL 9 MI11).

Y, sobre todo, la cuestión clave del mantenimiento del secreto, el necesario ocultamiento y **el alerta permanente frente a la discriminación**. Se habló así de un permanente “estar a la defensiva” y que permitió explicar ciertas modalidades de las demandas en las instituciones de salud y que –como hemos señalado– apareció como fundamento de algunos de los rasgos ya enumerados.

Tomemos, por ejemplo, el rasgo de “agresividad” para procurar acercarnos a posibles diferenciales en los modos de caracterizar definidos hasta aquí. En los siguientes extractos, la “discriminación” se ubica en “algunos profesionales” o en “la sociedad”, en otros, como ya hemos visto en el punto referido al “Trato”:

P: ¿Has observado situaciones de discriminación en el hospital en relación con pacientes homosexuales?

R: Sí, para mí es el principal problema que ellos tienen. De ahí parte de su agresividad.

P: Entonces ¿notás un trato diferencial hacia estos pacientes homosexuales?

R: De parte de algunos profesionales, sí (HOSPITAL 2 E5).

Hay... no todos, pero hay un número de homosexuales que tienen un problema de.. no sé si son agresivos o eh, viven a la defensiva y tiene que ver con la discriminación que hace la sociedad hacia ellos (HOSPITAL 9 E2).

Sin embargo, en la transcripción que sigue (y que reiteramos) la misma no se ubica en otros sino en el propio profesional quien argumenta vívidamente la necesidad de “luchar contra el prejuicio” como una tarea principal del ejercicio médico.

(...) yo siempre decía cuando formo a los chicos, que eh el homosexual tiene una sensibilidad para todo, pero para saber quién lo discrimina, aunque sea, aunque sea pestañeando, si él ve que el médico que está en frente pestaña cuando le dice que es homosexual, mirá lo que te voy a decir tan fino, no viene más, no viene más, él se da cuenta con quién puede hablar libremente, porque necesita hablar libremente, este... entonces uno, todos somos prejuiciosos, porque no existe, el prejuicio es inherente al ser humano, uno debe tratar de luchar contra su prejuicio, contra todos sus prejuicios, es lo primero que tiene que hacer un médico. De hecho atendemos gente que está

detenida por homicidios alevosos y lo atendemos como al mejor ser humano, entonces nosotros tenemos que estar preparados para otra cosa, no somos quiénes para juzgar a nadie, pero eso no es solamente decirlo que queda lindo, sino hacerlo que no es tan fácil (HOSPITAL 11 MC17).

En este extracto, el médico clínico entrevistado recoge ciertos tópicos que también están presentes en las respuestas de otros profesionales entrevistados: por un lado la posición del hablante ante el juzgar/no juzgar; por el otro, la apelación a la analogía con el delincuente y el violador. Citamos:

El tema de la homosexualidad en relación a mi profesión, lo vivo de la misma forma como el tema de la delincuencia. O sea yo no soy juez, soy enfermero. Entonces yo, si la persona es homosexual o tiene una orientación sexual diferente... no tengo por qué juzgarla, tengo que atenderla lo mismo que a un delincuente, el que robó, el que mató y qué sé yo, para mí es una persona, necesita atención mas allá de toda miseria y de toda cosa... No creo que es un delito (HOSPITAL 6 E17)

Uno no puede juzgar. Uno como médico no tiene derecho ni posibilidad de juzgar. Esta es una frase que yo le digo muchas veces a los pacientes. Cuando ellos tienen alguna cuestión de “no sé qué pensará usted”, no me importa, yo estoy seguro de que sé de qué trabajo. Y trabajo de médico, no de juez. Yo no juzgo ninguna conducta humana realmente con estas cosas que tengan que ver... con estas cosas que estamos hablando. Ni de hábitos, ni conductas sexuales. E inclusive otras más complicadas, porque también atendés gente que está condenada por delitos graves, que eso es más complicado todavía (HOSPITAL 9 MC6).

Pero, bueno, la postura es esa, no prejuizar y aceptar tal como es, tratar de acompañarlo, nosotros esas cosas, como que me digas es un delincuente, no tengo ganas de atenderlo, o un violador, nosotros no podemos dejarlo de atender por más violador que sea viste y este es nuestro trabajo (...) A veces te cuesta más, a veces te cuesta menos, pero bueno, hay que apechugarlo (HOSPITAL 7 TS16).

P: (...), ¿alguna vez te sentiste incómodo atendiendo a alguna persona homosexual o bisexual? ¿O a la inversa?

R: Que yo sepa no, no me han dicho nada, pero yo no, no... no. Por ahí yo me siento más incómodo atendiendo a una persona que yo sé qué antecedentes tiene, que atendiendo a un homosexual. A un homosexual lo atiendo como a cualquiera en cambio a una persona que es violadora, por ahí te sentís más incómodo. Pero... que vos sabés, pero no, no (HOSPITAL 10 F16).

Apelamos a estos paralelismos argumentales y sus usos con el fin de destacar en este párrafo final los variables efectos de los discursos anti-discriminatorios en tanto norma de corrección y como pauta obligada en el ejercicio profesional. Se trata de un discurso acordado y esperable en el que sin embargo puede identificarse una cierta indiferenciación homosexual-delincuente y que marca la continuidad de la caracterización de los “homosexuales” o el “homosexual” como personas con hábitos o conductas desviados o anormales y la persistencia de la lógica clasificatoria desde la que son construidas estas categorías.

Una lectura atenta marca una posición de enunciación diferente en el argumento del médico clínico del HOSPITAL 11 (17) quien recombina los mismos tópicos pero apunta

a la necesidad de desnaturalizar esas categorías ubicando su lógica específica no en alguna naturaleza o esencia o condición específica de las personas aludidas sino en las propias nociones y prejuicios que las construyen y reconstruyen siempre en el lugar de la transgresión o la anormalidad.

El poder de interpelación de los discursos anti-discriminatorios y su efecto como norma de corrección y como pauta en el ejercicio profesional puede leerse entonces desde efectos variables. Se trata de un “discurso esperable” que marca lo que se puede decir y lo que no, en concordancia con las propuestas de promoción de derechos en el campo de la diversidad sexual y de género y en el horizonte político e ideológico de luchas y cambios sociales en la materia. Sin embargo, en su expresión se combinan tópicos, convenciones y estereotipos sobre lo “normal” en las prácticas sexuales y sociales provenientes del repertorio cognitivo y valorativo adquirido en la formación teórico-técnica y en la experiencia socio-profesional. Así, se despliegan argumentaciones contradictorias que empero no llegan a percibirse como tales y que por momentos casi manifiestan un efecto “collage”.¹⁷ De este modo y aun considerando los límites en la posibilidad de análisis a partir del corpus de entrevistas disponible, es dable plantear que en estas “posiciones de enunciación ficcionadas”¹⁸ pueden leerse la complejidad, las dificultades y los límites actuales en el desarrollo de cambios hacia la democratización de las prácticas sobre diversidad sexual en el marco de los servicios de salud.

¹⁷ Norman Fairclough (1992), *Discourse and Social Change*, Polity Press, Cambridge.

¹⁸ Agradecemos la sugerencia de la Profesora Julia Zullo, Cátedra de Sociolingüística, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

3.3- LA ORIENTACIÓN SEXUAL EN LA ATENCIÓN

En esta sección se propone un análisis de las respuestas de los entrevistados a las siguientes preguntas contenidas en el punto de las guías de pautas referido a la “Experiencia en el trato y la atención de personas GTB” considerando el trabajo cotidiano del personal:

- “A partir de sus años de experiencia, ¿la orientación sexual o las prácticas sexuales de los pacientes aparece en algún momento de la atención? ¿Cómo aparece en el caso de la atención de ITS?”
- “¿Es relevante para la atención saber si el paciente es homosexual, bisexual o heterosexual un paciente? ¿Por qué?”
- “¿Hay algunas situaciones en que sí necesita esa información? ¿Cuáles? ¿Por qué?”

Y eventualmente también a:

- “¿Hay cuestiones particulares a tener en cuenta en la atención de personas homosexuales o bisexuales?”
- “¿Nota alguna particularidad en la relación profesional-paciente con estas personas? ¿Cuál? ¿Por qué?”

Se incluye también el análisis de las respuestas a las preguntas:

- “¿Consigna en la historia clínica el dato de la sexualidad? ¿En qué situaciones? ¿por qué?”

Formuladas a veces confusamente y de maneras variables por los entrevistadores en términos de “orientación sexual”, “práctica sexual”, “condición sexual”, “la práctica sexual predominante” (HOSPITAL 3), el “tema de la homosexualidad” (HOSPITAL 6), “si atienden homosexuales” (HOSPITAL 6), “temas de sexualidad” (HOSPITAL 8), “la sexualidad” (HOSPITAL 8), opera en el mismo protocolo y en su aplicación una cierta indistinción entre conceptos de diverso orden y nivel, básicamente sexualidad, práctica sexual y orientación, los cuales denotan relaciones, identidades, conductas y comportamientos variables y dinámicos.

Nuestro análisis entonces tiene este límite para sus posibilidades interpretativas. Así nos hemos ceñido a los tramos del discurso en los que se respondió a las preguntas citadas procurando tematizar y ordenar en función de los siguientes ejes:

- la relevancia de la orientación sexual de los pacientes en la consulta o atención,

- los modos de indagar,
- los registros de estos datos.

La elaboración sigue un camino de integración empírica buscando identificar algunos núcleos distintivos o problemáticos en el discurso de los entrevistados y señalando qué componentes de sentido están presentes en la selección efectuada por los entrevistados.

El desarrollo de esta sección se organiza en dos secciones. En la primera se abordan las respuestas de los entrevistados en torno de la relevancia y modos de indagar la orientación sexual de sus pacientes. Esta se organiza según profesiones, especialidades o tipo de tareas desarrolladas en los contextos hospitalarios. En la segunda sección se describen e integran algunos elementos significativos en las respuestas referidas a los registros.

3.3.1- LA ORIENTACIÓN SEXUAL EN LA ATENCIÓN SEGÚN ESPECIALIDAD

a- LOS MÉDICOS CLÍNICOS, GENERALISTAS Y DE FAMILIA

En las respuestas de los 35 médicos clínicos, generalistas o de familia entrevistados, hemos identificado énfasis diferenciales a la hora de “explorar”, preguntar, charlar sobre la “vida”, la “conducta”, las “prácticas”, los “hábitos” sexuales, la “tendencia”, la “inclinación” sexual de sus pacientes.

En general, según se dijo, estos temas no suelen “aparecer” de manera habitual o espontánea en la consulta.

(...) en forma espontánea que lo relaten ellos, no (HOSPITAL 7 MC5).

(...) en la consulta no aparece (...) en la consulta decir tener esta inclinación jamás me ha pasado (HOSPITAL 6 MC10).

Aparece pero poco, porque los pacientes generalmente son más...no se abren, en lo que es consulta clínica, no se abren tanto a lo que es hablar sobre su tendencia sexual o identidad sexual (HOSPITAL 2 MC3).

Ocho de los entrevistados informaron que ellos preguntan sobre “la sexualidad”, las “prácticas sexuales”, la “homosexualidad” o la “actividad sexual” y que ello forma parte habitual en las consultas en busca de indagarlo “todo” sobre las personas atendidas en función de un enfoque “integral”, independientemente al parecer de cuál sea el motivo de consulta.

(...) hace 25 años que soy médico, en mi consultorio charlo con mis pacientes. Dentro de lo que yo veo como mi concepto integral de la salud, la sexualidad es una cosa que exploro. Así como pregunto cómo van de cuerpo, cómo orinan, cómo comen, también les pregunto qué vida sexual llevan (HOSPITAL 9 MC6).

Lo tenemos incorporado dentro de una historia clínica: “prácticas sexuales”. También se lo preguntamos a un heterosexual, la historia clínica (...) (HOSPITAL 7 MC5).

(...) yo lo pregunto, yo lo pregunto abiertamente (...) porque yo siempre pregunto todo, porque a mí me gusta saber con... (...) a mí, si yo fuera paciente, me gustaría que me pregunten con quién vivo, si tengo hijos, si no tengo hijos, con quién estoy, si trabajo (...) [Se trata de] conocer el paciente, qué hace, a qué se dedica, de dónde viene (...) (HOSPITAL 3 MC14).

Ese “todo” suele organizarse en función de la determinación de “factores de riesgo” o si se trata de una “persona de riesgo”, en particular para VIH, independientemente de las causas de la demanda (puede ser diabetes, “estar decaído”, etc.)

Lo que pasa que uno, ante un paciente tiene que, nosotros somos preguntones, preguntamos de todo entonces dentro de eso va lo que hace a su la actividad sexual, si es soltero, si es casado, si tiene esposa, si lo hace sólo con la esposa, si lo hace con otro, con otra pareja, si tiene relaciones extra matrimoniales, si se cuida, si usa preservativo, si no usa preservativo, si tuvo relación con homosexuales, nosotros preguntamos todo (...) Porque lamentablemente la patología (...) puede estar relacionada con esto, un paciente que entra a la consulta y me dice estoy decaído (...) (HOSPITAL 5 MC16).

(...) vos le preguntás todos los factores de riesgo para tener HIV, cuando vos les preguntás por la homosexualidad. Primero le preguntás si ha recibido transfusiones, si tiene pareja estable, si usa drogas, cuando vos preguntás te dicen...”Ahh noo” como si fuera algo terrible (...) Le pregunto dentro de los factores de riesgo por HIV en una primera entrevista, uno pregunta a todos, para diabetes, para cardiovascular (HOSPITAL 1 MC7).

Me sirve para conocer más a la persona, para saber si es una persona de riesgo de... de algún grupo de riesgo de algunas enfermedades (...) [Cuando] vienen a hacerse el test del HIV o vienen por una enfermedad de transmisión sexual entonces es como que vienen predispuestos a que uno te va a preguntar sobre tus hábitos sexuales, pero en el resto de la población que uno atiende, por ejemplo si viene una persona con una diabetes, que uno también le pregunta con qué te cuidas o sea un montón de cosas que lleva a preguntar sobre la vida sexual y que por ahí el paciente medio que le cuesta (HOSPITAL 1 MC4).

Sin embargo, en la mayor parte de los casos la pregunta se incluye en el encuadre clínico cuando el motivo de la consulta son infecciones o afecciones contraídas por “transmisión sexual”.

Nosotros... porque tenemos mucha orientación en todo lo que es ETS, enfermedades de transmisión sexual y todo lo que es infectológico en general, uno tiende a preguntar; no sé si pasará esto en otros ámbitos pero en nuestro hospital la parte, digamos, sexual es importante en cuanto a posibilidades de transmisión por lo cual uno siempre indaga esa parte. (...) Ahora, si es una consulta de guardia que es un grano en la cara por ahí no, por supuesto que no hace falta (HOSPITAL 3 MC10).

La pregunta aparece cuando tiene que ver con el motivo de consulta, o con una enfermedad. Si no, no aparece. (...) No es necesario en la cuestión de la guardia. En la guardia alguien se le cayó una maceta en un pie y, homosexual o no, no interesa. Me interesa la radiografía y ver si se fracturó o no. Sacarle el dolor y nada más. Ahora si es un paciente que está internado con una infección, por ejemplo, ahí me cuesta muchísimo saber si es un grupo de riesgo para Sida o no, entonces la pregunta viene indefectiblemente pero, claro, son distintas situaciones (HOSPITAL 6 MC15).

Sobre todo (...) por la consulta que viene, si hay una infección urinaria que es una repetición, repetición, que tengo alguna lesión y empezamos a hablar, yo empiezo con las preguntas (...) sobre todo con chicos adolescentes o ya adultos joven (HOSPITAL 13 MC7).

P: ¿Es relevante para vos saber si el paciente es homosexual, bisexual o heterosexual?

R: No.

P: ¿Por qué no?

R: Nosotros hacemos consultas muy breves. Son consultas que no van más allá de los cinco minutos, y como mucho a veces. Depende de cuál es la consulta también. Si las consultas están relacionadas con lesiones de transmisión sexual, por ejemplo (HOSPITAL 4 MC1).

En cuanto a qué se pregunta, los ítems relevados son los siguientes:

- relaciones extra matrimoniales,
- la estabilidad en las relaciones de pareja,
- el cuidado en las relaciones sexuales,
- el uso o no de preservativo,
- las eventuales relaciones con homosexuales,
- los antecedentes de enfermedades de transmisión sexual
- los antecedentes de transfusiones y de uso de drogas,
- los “contactos”.

En general se trata de los principales tópicos incluidos en la identificación de “los factores de riesgo para tener HIV” (HOSPITAL 1 MC7) o “si es un grupo de riesgo para Sida” (HOSPITAL 6 MC15) o con relación a enfermedades de transmisión sexual.

En ocasiones la argumentación apuntó directamente a la relevancia de identificar “hábitos promiscuos” (HOSPITAL 4 MC4) en pacientes homosexuales aunque reconociendo al mismo tiempo que éstos “también” pueden ser propios de las personas heterosexuales.

Pueden llegar a ser relevante sí los hábitos, si tiene hábitos promiscuos o no, porque mas allá de la orientación es la promiscuidad la que lo va a llevar a tener más o menos riesgo en el contagio de las enfermedades de transmisión sexual (HOSPITAL 4 MC4).

(...) para mí, lo relevante es si... si no es promiscuo o si es promiscuo pero usa métodos de prevención de enfermedades de transmisión sexual. No importa si es homosexual o heterosexual. (HOSPITAL 7 MC9).

En el siguiente extracto es posible identificar la presencia de dos líneas argumentales contrapuestas: “los pacientes homosexuales tienen más predisposición de tener enfermedades de transmisión sexual” y “los pacientes homosexuales no tienen más predisposición de tener enfermedades de transmisión sexual”, en un tipo de posición enunciativa que afirma y a la vez niega y muestra la persistencia y simultáneamente la crítica al estereotipo homosexual-promiscuo-contagioso.

(...) es relevante del punto de vista de que, bueno, si el paciente es homosexual, no sé si será un prejuicio que tenemos nosotros, o realmente pasa, es así que si es homosexual se busca con más ímpetu que tenga o no tenga una enfermedad de transmisión sexual. (...) creo que es por el tema principalmente de buscar alguna enfermedad venérea, más predisponente en pacientes homosexuales que en heterosexuales. Igualmente, actualmente se sabe que ya eso no es más así, que los pacientes homosexuales tienen menos índice de infec... de contag... de contagiosidad que pacientes heterosexuales (HOSPITAL 11 MC16).

Con relación al cómo se pregunta, los entrevistados expresaron ciertas dificultades y la necesidad de encontrar las palabras y las “estrategias” más adecuadas. Se trata de no preguntar directamente:

- “no lo voy a decir ‘vos sos homosexual’”,
- “tampoco uno le pregunta qué tipo de sexualidad tiene la persona”,
- “se lo podés hablar en general, sin preguntar. No estoy preguntándole a cada uno”.

Y para acceder a ese conocimiento se necesita adoptar precauciones:

- “asumirlo con naturalidad”,
- “no poner nunca cara de nada”,
- “escuchar para enterarse”

Así, con estos recaudos, el objetivo sería “entrar en confianza” o establecer un “*feeling*” para reducir la incertidumbre y así lograr captar prácticas y relaciones que en gran parte se desconocen.

También son los años de experiencia (...) Claro, se me sienta un paciente y yo lo veo con ciertas actitudes, por ahí, homosexuales, no lo voy a decir “vos sos homosexual”, no va a hablar ese tipo, porque no. Hago otro tipo de encuadres. Yo ya me estoy dando cuenta que hay ciertos rasgos que están diferenciando, digamos, el género (...) Hay distintas formas de llegar, uno va tratando de entrar en confianza, busca estrategias psicológicas o de comunicación y terminan contando sin que

uno le haga una pregunta directa (...) Si es homosexual, yo tengo otro comportamiento, otro tipo de encuadre, ¿entendés? (...) Si es un niño, yo tengo la forma de tratar a un niño. Si es un anciano tengo una forma de tratar a un anciano. Si es un adolescente tengo otro tipo de lenguaje, como adolescente. Y si es un homosexual también, tengo que encarar con otra estrategia psicológica para tener una afinidad y poder descubrir las patologías o los problemas que tiene él y poder establecer un *feeling* (HOSPITAL 10 MC6).

Sí, sí, la pregunta es, en determinado momento, uno ha ido aprendiendo y es importante hacerla, cuando uno sabe por qué la hace, se siente absolutamente sólido y la puede hacer (...) tampoco uno le pregunta qué tipo de sexualidad tiene la persona cuando viene, porque si no se transforma en algo discriminativo (HOSPITAL 10 MC7).

(...) se lo podés hablar en general, sin preguntar. No estoy preguntándole a cada uno. Yo explico así, en general (...) O ellos mismos empiezan a preguntar. Vos te das cuenta que es homosexual por lo que te preguntan. Yo lo tomo con mucha naturalidad. No pongo nunca cara de nada, qué sé yo. Cuanto más escuchás, más te enterás y más te sirve para poder fijarte en general. Pero si no tenés una mentalidad así, no te vas a enterar nunca (HOSPITAL 2 MC18).

b- LOS MÉDICOS DERMATÓLOGOS

En lo referido a los 14 dermatólogos entrevistados, el panorama que surge es variable y depende de la inclusión de esta especialidad en los circuitos de atención de ITS y VIH en los distintos contextos hospitalarios.

Para estos especialistas, la pregunta por la orientación sexual no resulta un recurso habitual. Se dijo, por ejemplo, “las consultas [de dermatología] no tienen nada que ver con el sexo, ni con la tendencia, ni con la sexualidad del paciente”. Sin embargo, sí se introduce –con mayor o menor frecuencia- cuando el motivo de consulta son lesiones o signos asociados a enfermedades de transmisión sexual. En estos casos, el propósito principal es

- la determinación del “fenómeno del contagio”,
- los “contactos” ¹⁹ y
- la eventual identificación de “promiscuidad”.

También, dada la caracterización de las personas GB como teniendo “más chance de enfermarse” por VIH “que un heterosexual” se planteó, por ejemplo, la práctica de solicitar “casi como rutina” un test de determinación de anticuerpos para ese virus.

¹⁹ Siete de los 14 dermatólogos manifestaron desconocer la entrega de preservativos en sus hospitales: HOSPITAL 2 MD16, HOSPITAL 5 MD15, HOSPITAL 7 MD15, HOSPITAL 8 MD17, HOSPITAL 11 MD13, HOSPITAL 12 MD15, HOSPITAL 13 MD16.

(...) la consulta dermatológica es bastante puntual, es muy difícil preguntarle al paciente “vos sos homosexual”, salvo que tenga alguna patología específica, entonces, en la relación con el paciente en dermatología es un tema que no se trata prácticamente. (...) Sí en la enfermedad de transmisión sexual pero, digamos, uno investiga un poco cómo fue el fenómeno de contagio para tratar de ubicar a la otra persona y tratar de poder hacer un tratamiento y tratar de frenar la enfermedad. (...) las consultas [de dermatología] no tienen nada que ver con el sexo, ni con la tendencia, ni con la sexualidad del paciente (...) [sólo] en aquellas enfermedades de transmisión sexual que hay posibilidad de una transmisión a otro ser humano (HOSPITAL 2 MD16).

(...) No está estipulado como hábito en el interrogatorio, fuera de las ITS; lo que pasa es que a veces uno, depende de cómo venga el paciente y cuál característica de enfermedades tenga y de pronto uno a veces, uno en el interrogatorio empieza a hacer una cantidad de preguntas y de pronto surge que tal cosa pasó por tal esto, y entonces ahí sí se abre, se abre el espectro, pero bueno, depende también de cómo vos captás el paciente. (...) yo no tengo incorporado, no lo tengo como hábito, no lo tengo como una cuestión incorporada que para mí eso es fundamental. Para mí es más importante (...) me interesa ver cómo fueron sus contactos (HOSPITAL 1 MD12).

Sí, sí (...) aparece porque uno tiene que investigar justamente enfermedad de transmisión sexual y estamos buscando grupos vulnerables y bueno, entonces a veces sabemos que no te relatan la verdad y tenemos lesiones, que sé yo, HPV, Herpes... y tenemos que indagar promiscuidad, no promiscuidad. (...) Depende mucho del diagnóstico que yo tenga en la cabeza (...) (HOSPITAL 3 MD1)

A veces es importante saber por los tipos de contagios que puede llegar a tener. Si el paciente te dice “soy homosexual”, al no ser un HIV se le pregunta si se quiere hacer un análisis porque sabemos que tiene más riesgo que otro. Al igual que te diga “yo me drogo”, un homosexual tiene más chances de enfermarse que un heterosexual. (...) (HOSPITAL 7 MD15).

[Es relevante] si hay promiscuidad o no y si hay cuidado. (...) acá en dermatología lo tenemos casi como rutina pedir el HIV (...) (HOSPITAL 11 MD13).

Sobre las modalidades del “interrogatorio”, éste –se planteó– requiere alerta y especial cuidado a través de distintas tácticas: “esperar”, “buscarle la vuelta”, “romper el hielo”, “seducir”, “preguntar con sutileza”, “tener tacto” con el fin de abordar la “privacidad”, la “intimidad” del paciente y ganar su confianza.

(...) nosotros le buscamos la vuelta para que el paciente este cómodo, si no es en la primera en la segunda, simplemente si el paciente es muy reticente le pedimos análisis y en el medio de los análisis le pedimos la VDRL como para ir rompiendo un poco el hielo, hasta la próxima consulta, lo vamos seduciendo como para que nos cuenten un poquito la verdad de la historia que para nosotros es importante para el tratamiento (HOSPITAL 4 MD7).

(...) cuando vos estás viendo una ITS, tenés que preguntar, tenés sutileza. (...) hay cosas que tienen que ver con la privacidad individual, entonces vos tratás de no vulnerar esa intimidad, pero tenés distintas formas que vos te podés acercar a saber o preguntar con sutilezas determinadas situaciones que serán acordes al momento (HOSPITAL 10 MD1).

(...) depende cómo se lo preguntes, qué tacto tengas para preguntar (HOSPITAL 12 MD15).

Cabe señalar que sólo en dos casos se indicó la existencia de consultas de personas homosexuales por motivos estéticos (HOSPITAL 13 MD16 Y HOSPITAL 7 MD15).

c- LOS MÉDICOS URÓLOGOS

Los 8 médicos urólogos coincidieron en su mayor parte en señalar la importancia del abordaje de ciertas prácticas sexuales en particular de “las relaciones anales” de sus pacientes frente a casos de enfermedades de transmisión sexual y “eventualmente VIH”. En estos casos las orientaciones médicas parecen focalizarse en la búsqueda y tratamientos de los contactos y en prescripciones “higiénicas”, destacándose la mención y el énfasis en el uso del preservativo en las relaciones anales.²⁰

El caso más común son las relaciones anales que los pacientes la suelen hacer sin el profiláctico correspondiente, ahí es donde los adoctrinamos especialmente (HOSPITAL 2 MU8).

Lo único que les insisto es en el uso del profiláctico (HOSPITAL 10 MU17).

Así, el interrogatorio se orienta básicamente a relevar

- si ha tenido una penetración anal / sexo anal / relaciones anales / prácticas no habituales,
- los modos del “contagio”.
- los contactos.

En ocasiones también indagan “si hay promiscuidad o no” (3 menciones).

De todos modos, al mismo tiempo se subrayó reiteradamente que ello no implica que la orientación sexual de los pacientes resulte un dato relevante en la atención urológica de ITS como sí lo puede ser, por ejemplo, en el tratamiento de la eyaculación precoz (HOSPITAL 5 MU13) y las “disfunciones” sexuales. Sólo en estos casos aparecería un contenido “sexológico” en las relaciones médico-paciente en urología (HOSPITAL 3 MU17).

(...) les pregunto en determinadas enfermedades, sí. Por ejemplo yo tengo un paciente que tiene una uretritis le tengo que preguntar, concretamente no le pregunto la orientación sexual, muy rara vez la tengo que preguntar. Si el paciente tiene una uretritis le pregunto si ha tenido una penetración anal, independientemente de qué sexo es la pareja (HOSPITAL 1 MU17).

P- ¿Es relevante saber cuando aparece una ITS si el paciente es homosexual, bisexual, heterosexual?

R- No, para nosotros no (...) Ehh... le damos el consejo, es decir, aparte de hacerle el tratamiento médico le hacemos el tratamiento higiénico y dietético y consejos en cómo debe realizarse la

²⁰ Cabe aquí recordar, sin embargo, que 4 de los 8 urólogos entrevistados manifestaron desconocer la entrega de preservativos en sus respectivos hospitales: HOSPITAL 5 MU13, HOSPITAL 7 MU17, HOSPITAL 8 MU16, HOSPITAL 10 MU17.

práctica sexual ¿no cierto? (...) El caso más común son las relaciones anales que los pacientes la suelen hacer sin el profiláctico correspondiente, ahí es donde los adoctrinamos especialmente (HOSPITAL 2 MU8).

Sí, aparecen, pero no la orientación sexual, porque nosotros no le preguntamos. Aparece en relación a determinadas patologías y tiene mucho que ver con la angustia. Vos notás al paciente angustiado, porque nosotros intervenimos... sobre el aparato reproductor, lo que genera dolor, lo que genera cierta incomodidad. (...) [En el caso de las ITS] aparece también, pero no quiero ser reiterativo, no es por la orientación sexual (...) Nos vemos obligados a hacer una serie de preguntas por el tema del contagio, con quién estuvo, cómo se lo contagió, primero, para tratarlo (...) y que no se siga reproduciendo. (...) La verdad que a mí no me importa [la orientación sexual] porque acá atendemos a todos por igual, no, no le doy importancia (HOSPITAL 7 MU17).

A lo mejor eso te diría que sí, en cierto aspecto, determinadas patologías. Por ejemplo una uretritis, enterococos (...) que se puede ver más en la relación sexual de tipo anal, por ejemplo, a pesar de que hay muchas relaciones heterosexuales que practican el sexo anal. Nosotros generalmente... uno no trata de sacarle de la cabeza al paciente, pero sí que tomen conciencia del uso del profiláctico aun en parejas estables. Porque naturalmente el recto no es un órgano preparado para un vínculo sexual. (...) [Les digo] Usá profiláctico para el sexo anal. (...) [Pregunto] si tuvo sexo anal, en el caso de la presencia de enterobacterias, y después en el caso de la presencia de un HPV o eventualmente algún HIV que hemos visto... pero no tengo por qué preguntarle, ¿qué sentido tiene? (...) Lo único que les insisto es en el uso del profiláctico (HOSPITAL 10 MU17).

Sólo uno de los profesionales entrevistados expresó la importancia de identificar cuándo los pacientes son “homosexuales” porque “en general los varones homosexuales son mucho más promiscuos que los varones promiscuos heterosexuales” y presentan cuadros clínicos más graves (HOSPITAL 8 MU16).

d- LOS MÉDICOS PROCTÓLOGOS

Los 7 médicos especialistas en proctología coincidieron significativamente en señalar, a diferencia de los anteriores especialistas, que es común que sus pacientes manifiesten su orientación homosexual y hablen de sus “relaciones anales” de una manera más o menos abierta en las consultas.

(...) llega el paciente al consultorio y son ellos que manifiestan que han tenido relaciones anales, que han tenido relaciones homosexuales, cuando uno hace un examen y encuentra por ahí una patología que puede tener una relación con una enfermedad de transmisión sexual (HOSPITAL 13 MP17).

El homosexual generalmente lo dice con mayor frecuencia de entrada. O pregunta si tiene relaciones esa patología con la homosexualidad, con el coito anal, o pregunta si puede tener relaciones mientras está haciendo el tratamiento, como que blanquea su situación cuando se siente seguro (HOSPITAL 2 MP15).

Destacaron la utilidad de ese reconocimiento estrictamente en función del diagnóstico o la orientación terapéutica y en términos de la atención de los pacientes afectados y la determinación de los contactos en enfermedades de transmisión sexual.²¹

Según la patología, en el tema de coloproctología tiene que ver. (...) Necesariamente tenés que saber qué le pasó, qué es lo que tiene. Porque uno tiene otro tipo de patologías en las que tiene que pensar. (HOSPITAL 10 MP9) .

Hay enfermedades que son contagiosas que se contagian solamente cuando hay un acto sexual entonces en esos casos sí es importante comunicarle a la persona que si tiene un algo por ejemplo una persona que sea homosexual, un varón homosexual que tenga un enfermedad contagiosa a nivel del recto ano una vez que uno hace el tratamiento tiene que avisarle de que tiene que evitar de tener contacto homosexual o sea que en esos casos es relevante (HOSPITAL 13 MP17).

Se destaca en las entrevistas una cierta orientación por parte de estos profesionales a la focalización en el abordaje estricto de las patologías propias de esta especialidad, despejando en lo posible lo referido a la “historia de vida” o “la parte psicológica”. Así se afirmó, por ejemplo, **“yo psicólogo del ano no soy”**.

(...) depende de cómo uno lleve la entrevista. Si uno lo hace de forma profesional, bien y le hace entender al paciente que es para que... no es que uno quiere indagar sobre su vida sino que uno quiere llegar a un mejor diagnóstico; en general no hay problemas. Te lo cuentan sin problemas (HOSPITAL 10 MP9)

Algunos pacientes vienen y te cuentan (...) Para mí no es importante. Es un paciente con una patología para atender y punto. (HOSPITAL 7 MP18)

(...) yo creo que en procto hay que aprender a manejar el tiempo, el *timing* de la entrevista, sino es como que se ponen a contar la historia de la vida y como eso es como para otro, como para el diván digamos; entonces es como que cuando uno le encuentra el tiempo y aprende a manejar esas situaciones, se sienten bien, se sienten contenidos (HOSPITAL 2 MP15).

el paciente proctológico es muy especial, el viene con su patología. A él no le interesa hablar mucho de su vida privada ni de sus costumbres. No así la mujer, la mujer es un poco más abierta, el hombre es muy reservado. (...) sobre todo el heterosexual. El homosexual por ahí es un poco mas abierto, cuenta que es prostituto o que trabaja en la calle (...) Yo la parte psicológica no la hago, no me gusta involucrarme mucho en la parte afectiva-familiar del homosexual; porque en los chicos jóvenes por ahí en el consultorios privados piden algún consejo y yo les digo que **yo psicólogo del ano no soy**, yo soy proctólogo entonces se los mando a un terapeuta sexual que trabajamos juntos. Entonces él que haga la parte de terapia sexual y yo la parte proctológica (HOSPITAL 8 MP6).

²¹ Como se ha planteado, 5 de los 7 médicos proctólogos manifestaron desconocer la entrega de preservativos en sus respectivos efectores: HOSPITAL 5 MP18; HOSPITAL 7 MP18; HOSPITAL 8 MP6; HOSPITAL 10 MP9; HOSPITAL 13 MP17.

e- LOS MÉDICOS INFECTÓLOGOS

En este punto no sólo incluimos a médicos infectólogos sino también a aquellos médicos clínicos (no incluidos en el apartado [a]) cuyo trabajo cotidiano está dirigido a la atención de PVVIH dado que todos ellos (18) hicieron referencia en sus respuestas a la especificidad del abordaje de la orientación sexual en estas personas.

Algunos entrevistados plantearon que “no interesa” (HOSPITAL 10 MI11) o no es relevante “saber si el paciente es homosexual o heterosexual”:

P: ¿Es relevante saber si el paciente es homosexual o heterosexual para la atención?

R: No, para mí no lo es.

P: ¿En ninguna situación esa información es necesaria?

R: Sí, como te dije antes, en el momento de completar la ficha sobre vía de transmisión. (...) ese dato del paciente no ayuda mucho en la consulta. Es lo mismo que con cualquier otro paciente (HOSPITAL 11 MI8).

Pero, como era esperable, lo dominante fue que asociaran el interés o relevancia de la pregunta por la orientación sexual a la indagación específica sobre la vía de transmisión del VIH o “cómo se contagió”:

- por qué se contagio (HOSPITAL 4 MI9),
- si tiene alguna idea de cómo pudo contraer la infección (HOSPITAL 7 MI1),
- cómo se contagió esta enfermedad. (HOSPITAL 9 MI11),
- cómo se infectó el paciente, por qué vía (HOSPITAL 8 MC1),
- cómo alguien ha adquirido una enfermedad, por ejemplo, de transmisión sexual (HOSPITAL 13 MC6),
- ¿usted como cree que se puede haber contagiado? (HOSPITAL 11 MC17),
- las vías de transmisión (HOSPITAL 2 MI10).

Cabe señalar, como se ha planteado en la reconstrucción de los circuitos de atención de PVVIH, que en los efectores de las ciudades de HOSPITAL 1 y HOSPITAL 3 esta indagación se aplica no sólo a los afectados sino a todos los pacientes a quienes se solicita test para determinación de anticuerpos para VIH.

Tres profesionales respondieron que directamente preguntan sobre las relaciones homosexuales:

- ¿tenés relaciones con hombres? A los hombres ¿entendes? (HOSPITAL 6 MI2),
- si tiene relaciones con hombres o con mujeres o con ambos. (HOSPITAL 8 MC1),
- si tiene relaciones con hombres, con mujeres o con ambos dos (HOSPITAL 1 MI3).

o sobre la adopción (o no) de medidas de prevención (uso del preservativo):

- si adopta las medidas de precaución (HOSPITAL 4 MI10),
- Usan profiláctico: siempre, nunca, discontinuo (HOSPITAL 1 MI3).

Estas preguntas, según se dijo, tienden a efectuarse en la/s primera/s consultas:

- en la primer consulta (HOSPITAL 8 MC1),
- el primer día (...) Todo eso se pregunta de entrada (HOSPITAL 1 MI3),
- Uno le interroga en un principio (HOSPITAL 3 MI15),
- aparece ni bien se sienta (...) (HOSPITAL 12 MI11).

Aunque la ocasión resulte en el siguiente extracto algo confusa

(...)¡Si! siempre aparece porque digamos sobre todo al inicio eh (...) pueden pasar varias entrevistas, varias consultas hasta que yo llego al conocimiento (...) (HOSPITAL 5 MI12).

Ha de destacarse que los médicos que atienden en HOSPITAL 4 y HOSPITAL 11 marcaron una actitud clínica diferente, señalando la necesidad de esperar para abordar estas cuestiones en alguna consulta posterior:

En la primer consulta no. En la primer consulta no. En la primer consulta lo más importante es ver, tiene clínica de enfermedad, tiene este... inmunodeficiencia, porque esto para actuar rápidamente no me interesa tanto. (...) nunca lo cargamos en la primer consulta, porque ya el paciente viene muy culposos de él mismo, porque para él HIV es culpa, castigo divino para la gran mayoría, segundo eh desorganización familiar, si la hubiera, porque tiene que comentar esto y cómo va a reaccionar la otra parte. Entonces lo primero que uno trata es que se preocupe por él, que él sepa lo que tiene, cómo está, en que situación está y después abordar al resto cómo lo dice, de que manera (HOSPITAL 11 MC 17).

(...) el paciente tiene que poder hablarlo y yo le tengo que dar lugar pero en una primer entrevista, si no viene con un tema puntual de orden médico, no indago. Después quizás surge en otras entrevistas (HOSPITAL 4 MI10).

(...) Sí, pregunto pero no es un motivo de presión en los primeros contactos que uno tiene con el paciente. No es que se sienta el paciente ¿y por qué se contagio? Eso surge después (HOSPITAL 4 MI9)

(...) pero yo no pregunto eso en la primera consulta. Muchas veces la completo [la ficha de notificación] según me parece, pero después sí aparece, en la medida en que el paciente toma confianza. HOSPITAL 11 MI8).

En el cómo de la pregunta, lamentablemente apenas indagado, pudo leerse la necesidad de cuidados o reparos especiales:

Es decir es como una pregunta como la edad (...) y se la pregunto con el mismo tono (HOSPITAL 1 MI3).

Con todos los pacientes hablo de sexualidad, porque hace a su vida. Les pregunto con mucho respeto (HOSPITAL 9 MI11).

En este punto se expresaron, como puede leerse en los siguientes extractos, distintas concepciones sobre los requerimientos de la atención de pacientes homosexuales y bisexuales, en consonancia con valoraciones opuestas sobre estas personas.

(...) yo tengo que cuidar por ejemplo mi vocabulario ¿entendes? No es lo mismo hablar con un heterosexual, que hablar con un homosexual, ¿entendes? Porque yo por ahí con un heterosexual me puedo dar hasta el lujo de decir mi manera de pensar, pero con un homosexual yo tengo que tener mucho cuidado, cómo me manejo (...) qué es lo que le digo inclusive hasta el afecto que yo le puedo presentar ¿me entendés? Porque a veces uno tiene que ser más afectuoso con un homosexual que con el heterosexual, porque ya de por sí el heterosexual tiene su personalidad definida en cambio el homosexual no tiene la personalidad definida (...) Entonces hay que tener mucho cuidado con esa gente (HOSPITAL 6 MI2).

Ellos creen que le leemos los ojos, prácticamente como usted se habrá dado cuenta yo soy homosexual, hacen casi la carta de presentación (...) en la primer mirada uno ya, después de tantos años, se ha acostumbrado a poder saber lo que le quiere expresar el otro, y hay pacientes que nunca lo asumen, sobre todo gente mayor de sesenta años, los chicos jóvenes no (...) y bueno, uno no le pregunta demasiado, como que damos por entendido, yo sé y vos sabés no me hablés mucho porque esto me jode, un poquito así es, pero en general no hay dificultades para enterarnos en alguna de estas consultas de la vía de transmisión. Y después están lo que no, los que al contrario hablan de problemas, cuando es un problema, de las relaciones, cómo cuidarse, vienen con sus parejas (...) Cada caso obviamente tiene miles como el hombre es particular y no hay dos casos iguales o dos personas iguales o dos sujetos iguales, uno lo va manejando de acuerdo a, pero hay pautas ya, generales que las tenemos (HOSPITAL 11 MC17).

Entre los motivos de la indagación, se explicitaron los siguientes:

➤ Para cambiar la conducta sexual

(...) tienen que cambiar la conducta sexual de la persona infectada con VIH (...) desde el lado del médico es una obligación moral informar sobre qué posibilidades tiene de transmitir el virus y el que está infectado puede adquirir otros virus (HOSPITAL 5 MI12).

(...) se los pregunto porque ese es el origen de muchos males. Si bien no lo investigamos en un principio, a la larga (...) eso sale a la luz, sale por qué se contagio, con el propósito de modificar eso si puede o al menos de explicarlo (HOSPITAL 4 MI9).

➤ Para hacer recomendaciones sobre precaución/prevenición

(...) desde el punto de vista médico lo que me importa es si toma las medidas de prevención, no va a cambiar mi recomendación médica (HOSPITAL 4 MI10).

➤ Para pedir estudios/para orientar el diagnóstico

R: (...) cuando; para pedir laboratorio tenés que saber cuándo fue (...)se interroga incluso fecha,

modo, todo...sí

P: ¿Es relevante para la atención saber si el paciente es homosexual, bisexual o heterosexual?

R: Eh, bueno heterosexual... pero sí homo, si tiene relaciones anales, por el hecho de las lesiones, cambia el diagnóstico o las patologías, el examen físico es diferente (HOSPITAL 12 MI11).

R: Nosotros lo preguntamos eso. Nosotros lo preguntamos

P: ¿Por qué sería?

R: A veces lo preguntamos por esto, por si, a ver eh qué sé yo, ejemplos podría llegar a dar, a ver, el Kaposi que es más frecuente dentro de la gente eh de hombres que tienen sexo con hombres, si vos le ves alguna manchita o algo, le preguntás las vías de transmisión porque decías, ojo que esto puede ser, lo voy a biopsiar, qué se yo (HOSPITAL 2 MI10).

En una mirada detenida y aun considerando los límites de la modalidad de la guía de pautas aplicada y las limitaciones evidenciadas en la posibilidad de profundizar o al menos re-preguntar de los entrevistadores, puede plantearse que estas búsquedas producen o se efectúan con cierta incomodidad o dificultad por parte de los profesionales.

Tomando la palabra de la médica infectóloga del HOSPITAL 5, lo que parecería estar en cuestión es abordar “(...) la intimidad de la persona pero desde el lado de la salud” (HOSPITAL 5 MI12). Y su carácter problemático en la configuración de los distintos escenarios de la atención y de las relaciones con los pacientes. Ello resulta evidente en la evidente tensión en el siguiente extracto:

(...) es un dato importante (...) nunca le doy un lugar demasiado importante al tema de la orientación sexual. En realidad reconozco que yo pregunto qué orientación sexual tienen (...) Yo en general no toco el tema de la sexualidad honestamente (HOSPITAL 1 MI3).

Este carácter problemático se manifestó en las respuestas de quienes afirmaron no incluir o interesarse por la orientación sexual (respondida como “género”, “la sexualidad”) de sus pacientes pero a la vez señalaron que sí abordan:

- “las medidas de protección”, “las relaciones por vía anal”,
- “cómo contrajo la infección”, “contactos de riesgo”, “parejas sexuales”,
- “si tiene pareja estable”, “contactos ocasionales”.

Aquí, abordar la problemática de la sexualidad y la “intimidad” de la persona implica una búsqueda que se organiza según los principales tópicos referidos al comportamiento sexual en tanto problema epidemiológico en el caso del VIH-Sida. Así la identificación clínica de la orientación (homo-bi)sexual de los pacientes se efectúa en función de la especificación del riesgo de transmisión del VIH (estabilidad/no estabilidad de las parejas, actividad homosexual, sexo anal) y que se añade a la búsqueda de las patologías en el interrogatorio clínico. De este modo, como en las demás especialidades, el objeto clínico se amplía pero no para documentar o

eventualmente comprender la diversidad y las prácticas homosexuales y bisexuales de las personas atendidas sino para procurar captar factores de riesgo asociados a sus prácticas y relacionamientos sociales.

R: (...) yo no menciono el género porque es una cosa que no me interesa (...)

P: O sea ¿para vos no es relevante saber la conducta sexual predominante del paciente a la consulta?

R: No, no. Sí que se tienen obviamente las medidas de protección y las de cuidado para no continuar transmitiendo y se les explica obviamente, yo les infiero determinadas cosas... las relaciones por vía anal tienen más blin, blan, blun... se pueden contagiar tal y tales enfermedades y bueno ellos esteee... (HOSPITAL 3 MI16)

(...) ya no le doy bola *per se* a la práctica sexual (...) no es un tema que a mí me llene la cabeza ni que me ocupe, ni en la consulta, ni en el resto de mi vida. La sexualidad de la gente, cada cuál es lo que es, punto. No hago un análisis profundo de esto (...) nunca me lo planteé como un problema, no es un problema. (...) [Las prácticas sexuales] aparecen específicamente en la consulta del HIV porque vos le preguntás al paciente si tiene alguna idea de cómo pudo contraer la infección. Esto tiene dos motivos por los cuales uno hace esta pregunta: una es porque de alguna manera tenés que clasificar al paciente por vía del contagio para la famosa encuesta del Ministerio (...) y la segunda, que para mí es la más importante (...) es que si uno puede saber de dónde vino la infección, puede ayudar a otro a tener un diagnóstico y después si uno pudo tener contacto de riesgo, identificar otras parejas. Yo esto de verdad se los aconsejo a los pacientes. Que vean el tiempo y la forma, que hagan testear a la gente, porque esto, si no, es como la pólvora (HOSPITAL 7 MI1).

P: ¿Y vos creés que es relevante saber si el paciente es homosexual bisexual o heterosexual al momento de la atención?

R: No. Y no, porque nosotros conocemos ya la forma de transmisión, sabemos los porcentajes de las cuales la transmisión es por vía sexual, la verdad es que yo ya ni lo pregunto, antes me tomaba el trabajo y preguntaba, ¿Ud. ha tenido...? Lo que sí pregunto es si tiene pareja estable, eso sí, si tiene pareja estable o si no tiene pareja estable o si tiene muchos contactos ocasionales, pero fuera de eso, no mucho más, a menos que sí, algunos pacientes espontáneamente plantean o hacen preguntas o ellos mismos dicen, pero es espontáneo no les estoy preguntando (HOSPITAL 13 MC6).

En este mismo encuadre discursivo pueden incluirse las respuestas de quienes dijeron recoger el dato de “si el paciente es bisexual, homosexual, heterosexual” aunque no “para atenderlo” o “para tratar al paciente, para hablar ni nada de eso”. Aquí parece expresarse una visión del “atender”, del “tratar”, desde una visión restringida a los aspectos más estrictamente biomédicos de la actividad terapéutica, desplazando los aspectos menos objetivos o más “intuitivos”²² del accionar clínico como el “hablar” o el efectuar “recomendaciones” de cuidado.

P: Y para usted ¿es relevante saber si el paciente es bisexual, homosexual, heterosexual para atenderlo?

²² Jane Russo (2009), O campo da sexologia no Brasil: constitucao e institucionalizacao, *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 19(3): 617-636.

R: No, para atenderlo no. Serviría para el tipo de, es decir, de recomendaciones, si tiene que ver con sus prácticas sexuales, para no infectar a un tercero o para no infectarse más (HOSPITAL 10 MI8).

(...) es un dato importante, sí (...) No para tratar al paciente, para hablar ni nada de eso sino para solicitud de estudios, etc. (HOSPITAL 3 MI15).

f- LOS ENFERMEROS

Una parte significativa de los 62 enfermeros entrevistados descartó de plano la relevancia de la consideración de la orientación sexual de los pacientes, expresándose mediante argumentos de tipo universalista:

- “Para nosotros todos los pacientes son iguales”,
- “es un ser humano se lo debe atender por igual”,
- “son pacientes iguales”,
- “Es su vida privada y no me interesa”.

En el punto de vista de enfermería no. No es importante saber, porque no... o sea, para nosotros tiene que ser igual, atendido igual y tienen los mismos beneficios y todo. O sea, no varía si es homosexual o no es, si es rico, si es pobre, si es viejo o si es joven. Para nosotros todos los pacientes son iguales. Es más, hemos atendido pacientes de la cárcel, que sabemos que son de lo peor; sin embargo, vos tenés que entrar y atenderlos y tratarlos bien, igual que todo el mundo. O sea se te tiene que borrar eso del paciente, es un paciente que está acostado y que necesita, nada más. (...) Como enfermeras no necesitamos esa información (HOSPITAL 8 E12).

P: ¿Cuán relevante para la atención del paciente es saber si es homosexual, bisexual, o transexual?

R: Yo pienso que no influye en nada, para la atención no tendría que influir absolutamente en nada, es un ser humano se lo debe atender por igual.

P: ¿Hay algún caso en particular donde sí necesitas saber la orientación sexual?

R: No se me ocurre, pero pienso que no (HOSPITAL 7 E14).

(...) para mí no es relevante, son pacientes iguales. (...) Yo no necesito no saberlo en lo mío (HOSPITAL 4 E2).

P: O sea, para vos no es importante saber si ese paciente es homosexual o bisexual?

R: No, no, no. Es su vida privada y no me interesa.

P: En ninguna práctica de enfermería ni nada...

R: No, no, no. (HOSPITAL 10 E15).

En otras respuestas se descartó la relevancia de la consideración de la orientación sexual de los pacientes en su atención apelando también a argumentos de tipo universalista pero aplicados paradójicamente a la cuestión de la adopción de medidas universales de cuidado. Así se afirmó que las condiciones del trabajo con los pacientes

homosexuales y bisexuales son idénticas al trabajo con pacientes heterosexuales. En estas formulaciones discursivas destacó el reconocimiento de la universalidad de las medidas de bioseguridad asociado sin embargo a la persistencia tácita de la asociación al nivel de las significaciones entre homosexualidad y peligrosidad.

P: ¿Es importante para vos saber si la persona es homosexual o bisexual?

R: No, porque yo cumplo con las normas debidas de bioseguridad con todos los pacientes.

P: ¿Habría alguna situación puntual en la que vos si necesitarías saber cual es la orientación sexual de la persona?

R: No, cumpliendo con las normas de bioseguridad, no.

P: ¿Vos atendés a personas homosexuales y bisexuales?

R: Sí.

P: ¿Más o menos con qué frecuencia?

R: En forma muy esporádica (...)

P: ¿Vos creés que habría que tener en cuenta algunas cuestiones particulares a la hora de atender a las personas homosexuales y bisexuales?

R: No, siempre y cuando, repito, cumplo con las normas de bioseguridad (HOSPITAL 9 E16).

No, no. para nada [es relevante](...) No, porque ninguno viene con un rótulo. (...) A todos tenemos que atenderlos de la misma forma porque ninguno está exento (HOSPITAL 8 E15).

R: ¿Es relevante saber si un paciente es homosexual, bisexual o heterosexual para vos?

P: No.

R: ¿Por qué?

P: Porque nosotras sabemos que las medidas de prevención las tomamos con todos los pacientes.

No lo hacemos sólo con homosexuales o porque sea bisexual. Trabajamos con medidas de prevención que son universales. Las tomamos con todos las pacientes (HOSPITAL 4 E8).

En una consideración detallada de los modos en que se presentaron e hilvanaron las respuestas, fue frecuente hallar en los turnos sucesivos argumentos encontrados o simplemente opuestos: se dijo que “no” pero también que “sí” (“es relevante saber si el paciente es homosexual o bisexual”). Y esto básicamente con relación a la valoración de esta cuestión de la adopción de medidas de cuidado en el trabajo con los pacientes homosexuales y bisexuales.

P: Bien, y ¿cuán importante para vos, es saber si el paciente es homosexual bisexual o transexual?

R: No, no cambia nada es un paciente igual, no cambia en nada.

P: Bien, ¿y hay alguna situación específica en la que necesitás saber esa información?

R: Eh, no sé, por ahí sí. A veces cuando vos recibís la historia y dice bioseguridad, sí porque ahí tenes que tomar más precauciones, ponerte los guantes y eso. Y tenés que tomar otras precauciones, si la historia dice bioseguridad. Entonces ahí sí (HOSPITAL 7 E11).

A mí no me interesa el sexo, pero sí me interesa conocerlo, por los medios de para aplicar yo mis normas de bioseguridad, para saber qué tipo de paciente es, como para cuidarme yo y cuidar a mi personal. Si está en conducta de riesgo, algo. Si bien es cierto que las normas de bioseguridad hay que aplicarlas siempre, pero como para extremar, digamos, las medidas (HOSPITAL 12 E5).

Otros aspectos señalados como relevantes en la identificación de la orientación sexual de los pacientes estuvieron también asociados al VIH, a patologías asociadas al VIH y a enfermedades de transmisión sexual ya no sólo para adopción de cuidados sino para la orientación o derivación por padecimientos específicos o para la orientación sobre cuidados preventivos en VIH e ITS.

P: ¿Y es relevante para tu atención saber si el paciente es homosexual, bisexual, heterosexual?

R: No, para nada.

P: ¿Y hay alguna situación en la que necesitás esa información?

R: Sí, esa información generalmente es cuando vos dudás en cuanto a la anamnesis, al interrogatorio, o pregunté mal yo, porque generalmente ellos lo niegan. Ahí sí quizá yo tenga que volver a preguntar o indagar o ver de otra manera ¿me entendés? cómo llegar, pero si no, no.

P: ¿Pero para que necesitás el dato específicamente?

R: ¿Si es homosexual o no? Y, para relacionarlo por ahí con alguna patología en especial, ponele, tiene una neumonía pero queremos determinar si es por una *neumocysti carinii* o qué, es específico, pero casos muy..., en general no se da (HOSPITAL 2 E14).

(...) para mí como enfermero lo único que me interesa es primero nombre y apellido, segundo saber la patología con la que me enfrente y tercero saber las necesidades del paciente. El resto viene por decantación siempre y cuando el paciente lo quiera hacerme algún comentario ¿no es cierto? (...) o sea se supone que si el paciente es un B24,²³ bueno, recién ahí veremos qué orientación sexual tiene porque también puede ser que el hombre sea un heterosexual y se lo adquirió por drogas.(...) Se lo adquirió, no sé, por una transfusión sanguínea (HOSPITAL 3 E11).

P: ¿Usted considera que es relevante para la atención, saber si el paciente es homosexual, bisexual, heterosexual?

R: Para mí no tiene que estar eso primero, es un paciente y hay que atenderlo y nada más. (...) No, no para mí no [es importante] (...)

P: ¿Y usted considera que hay alguna situación particular en donde si es importante conocer esta (...) condición?

R: Y sería si uno tiene la intención de ayudarlo, de ayudarlo a ubicarlo con un psicólogo o con un infectólogo o con cualquier rama de la salud que a él lo ayude, en ese sentido sí (HOSPITAL 13 E15).

[La orientación sexual aparece] por preguntas de colegas que (...) me vienen a preguntar por mis años eh... “tengo este problema” o cómo ayudar en este problema para que nosotros hagamos red con el servicio de infectología y orientarlos y en el caso de atención de las ITS. (...) porque uno por ahí uno le pregunta (...) qué prácticas sexuales, con cierto tono de pregunta eh... “bueno, alguna vez tengo relaciones extramatrimoniales, o con una persona de mi sexo... o de distinto sexo” (...) hay factores, que falta de higiene, no hay control, no hay prevención, entonces ahí es que uno trata de orientarlo, de hablarle (HOSPITAL 2 E6).

En síntesis, los enfermeros entrevistados pusieron de manifiesto en sus respuestas una fuerte identificación entre orientación (homo-bi)sexual y VIH-Sida y enfermedades de

²³ Refiere al parecer a la codificación incorporada en las historias clínicas para identificar a pacientes viviendo con VIH.

transmisión sexual.²⁴ Sin embargo esta identificación fue señalada críticamente por una enfermera quien, al señalar la tendencia a solicitar serología (para VIH) con más frecuencia a personas homosexuales, procuró desmontar la reiterada identificación homosexual-promiscuo-HIV positivo.

P: Y desde tu experiencia la orientación sexual o las prácticas sexuales en pacientes, ¿aparecen en algún momento en la consulta?

E: Sí, yo creo que aparecen cuando buscan factores de riesgo me da la impresión (...) cuando se hace el estudio de serología que hay que pedir una autorización especial yo creo que por ahí se expone más al paciente y más a un paciente homosexual. Me da la impresión a mí (...) por ahí surge antes el hecho de hacer una serología a una persona que es homosexual que a una persona que... o a un hombre que... aparentemente digo aparentemente porque uno nunca sabe si es heterosexual (...)

P: ¿Y vos crees que es necesario esto de saber la orientación sexual de los pacientes?

E: No, no, no. ¿Por qué? Es como decir, ¿es necesario que sepan cómo duermo? Si duermo vestido, si duermo desnudo, si me pongo perfume. No, me parece que no, que no aporta.

P: Pero se pregunta, ¿vos decís que se tiene en cuenta?

E: Yo creo que se tiene en cuenta, sí, sí.

P: ¿Pero no es necesario?

E: No lo creo necesario, yo puedo ser más promiscua siendo heterosexual que siendo homosexual. Que sea homosexual no quiere decir que sea promiscua y que por ser promiscua vaya a tener una serología positiva, puedo ser una promiscua siendo heterosexual y tener una serología positiva o puedo ser promiscua y cuidarme, digo, me parece que no son cuestiones que van correlacionadas, no necesariamente (HOSPITAL 1 E15).

CONCLUSIONES

En este despliegue y análisis preliminar referido a las respuestas de médicos y enfermeros sobre la indagación y/o el reconocimiento de la orientación (homo-bi)sexual de sus pacientes hemos señalado hasta aquí algunas especificidades según especialidad. También es posible señalar en este punto algunos elementos en común.²⁵

²⁴ Ha de señalarse que los entrevistadores en todos los casos presentaron la investigación como organizada por la Dirección de Sida del Ministerio de Salud de la Nación y los Programas de Sida provinciales y ello puede sin duda haber intervenido en la orientación de estas respuestas.

²⁵ Bibliografía utilizada: Sharron Hinchliff, Merryn Gott y Elisabeth Salena (2005), I daresay I might find it embarrassing: general practitioners' perspective on discussing sexual health issues with lesbian and gay patients, *Health and Social Care in the Community*, 13(4): 345-353; Bob Cant (2005), Exploring the implications for health professionals of men coming out as gay in healthcare settings, *Health and Social Care in the Community*, 14 (1): 9-16; Richard Parker (2009), Consequências não-intencionais: a avaliação do impacto do HIV/AIDS sobre a pesquisa em sexualidades e o debate de políticas, *Cadernos da Saúde Pública*, 25 Sup. 2: S251-S258.

A modo de síntesis podemos plantear que, en los distintos escenarios de la atención, la consideración de la/s orientación/es sexuales de los pacientes homosexuales y bisexuales parece estar caracterizada por:

1- Una tendencia a restringir el accionar clínico a los aspectos estrictamente biomédicos que se expresa en el esfuerzo por separar del accionar terapéutico las “historias” y las experiencias de los pacientes. Ello impacta en el desplazamiento de las tendencias más “intuitivas” y menos “objetivas”²⁶ en la atención y podría asociarse a consideraciones efectuadas en el punto 3.1 sobre la caracterización de la “profesionalidad”. Como hemos visto, lo “profesional” se define como la capacidad de separar “la vida privada” de las personas y poner entre paréntesis o suspender “lo que uno puede pensar de ellos”. Como también señalamos, esa expresión constituyó una “fórmula” con frecuencia desmentida por la presencia ineludible o la influencia de esa experiencia o “parte privada” en las relaciones clínicas.

2- Las dificultades en el logro de una empatía, el temor a ser intrusivos o a que se abra demasiado la conversación, la vergüenza, la falta de comodidad, la falta de palabras adecuadas y, en general, la ausencia de herramientas correlativa al desconocimiento sobre los modos de vida de las personas y sus prácticas sexuales. Ello también implica que los recursos que se ponen en juego tienden a estar anclados en la heteronormatividad y, por ende, contribuyen a la persistencia de preconceitos sobre la naturaleza de las relaciones homosexuales.

3- El VIH-Sida y en menor medida las ITS siguen siendo el contexto más significativo para abordar la problemática de la sexualidad, delimitando así los principales tópicos incluidos en la anamnesis (transmisión de la enfermedad, estabilidad/no estabilidad de las parejas, sexo oral, anal, etc.)

3.3.2- LA ORIENTACIÓN SEXUAL EN LOS REGISTROS CLÍNICOS

En este punto, integramos las respuestas a la pregunta 5 del Bloque D formuladas a médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales.

- “¿Consigna en la historia clínica el dato de la sexualidad? ¿En qué situaciones? ¿por qué?”

Y luego, en algunos casos,

²⁶ Russo, op.cit.

- “¿Existen situaciones clínicas que ameriten consignar el dato de la sexualidad?”

Presentamos las respuestas de los entrevistados reunidas en cuadros según hospital. Las categorías del volcado suponen la distinción de las mismas según:

SÍ,

NO,

SÍ, a veces no y

NO, a veces SÍ.

En una columna se consigna la escasa información relevada sobre cómo se consigna y en otra, designada como “Observaciones”, se reproducen los principales comentarios efectuados considerando los siguientes puntos:

- Qué se registra y por qué.
- El lugar asignado a la palabra y/o voluntad del paciente.
- El problema de la confidencialidad.

Es importante destacar que aunque la pregunta indagaba por “la historia clínica”, las respuestas hicieron referencias a distintos registros, a saber, historias clínicas centralizadas, historias clínicas de consultorios o servicios específicos, historias sociales confeccionadas por trabajadores sociales, fichas o planillas para la solicitud de testeos VIH, fichas de notificación de VIH o ITS, registros personales de profesionales y en algún caso registros de enfermería. Dado que no se solicitó aclaración en cuanto a posibles diferencias en los modos de consignar en estos distintos registros, nuestro análisis no pondera estas diferencias y simplemente focaliza en algunos ejes problemáticos referidos a qué se consigna, cómo se consigna y la fundamentación expresada por los distintos entrevistados.

HOSPITAL 1

	SE REGISTRA	QUÉ SE CONSIGNA	OBSERVACIONES
MI3	Sí	Usan profiláctico: siempre, nunca, discontinuo. Son todas crucechitas. (...) ha tenido parejas que usted sepa que son HIV positivas, homosexuales, bisexuales, ha tenido parejas múltiples, ha tenido parejas que usaran agujas o jeringas compartidas, otras drogas	[Refiere a la ficha o planilla que se elabora para el testeo inicial y también al registro del consultorio de infectología]
MC4	SI, A VECES NO	hombre que tienen sexo con hombre, mujeres que tienen sexo con mujeres.	[Refiere al "fichero" del consultorio de ITS]
MC8	SI, A VECES NO		(...) a veces, depende si interesa o no.
MC13	SI, A VECES NO		Y en algunos casos sí, sí (...) lo niegan te dicen que no (...) si él lo quiere así bueno. [Se necesita saber] Porque te determina la conducta quirúrgica
E14	SI, A VECES NO		
MD12	No		
E9	No		Yo lo tomaría como un dato a tener en cuenta (...) lo codificaría para no generar un malestar en el paciente o por si al otro profesional realmente no le interesa o le parece que no es coherente (...) lo codificaría para que el entendido, el infectólogo, un médico clínico, un traumatólogo, que lo tenga que operar en alguna cuestión donde uno tenga que pensar o pedir un laboratorio extra porque hay una cuestión x que resolverle a ese paciente(...)
E6	No		
E15	No		
MU17	NO, A VECES SI		(...) se registra si tiene que ver con la enfermedad (...) uno aprende a tener un lugar de reserva respecto a la vida íntima de la persona (...) yo en realidad lo he registrado un par de veces, la mayoría de las veces no lo registro (...)
MC7	NO, A VECES SI		(...) si es importante para la consulta, para el rastreo de alguna situación en particular (...) En el caso por ejemplo del paciente con dolor anal.
TS1	NO, A VECES SI	relación de parentesco (...) pareja o amigo o convivo con alguien	[En el informe social] yo lo que me manifiestan es lo que pongo

HOSPITAL 2

	SE REGISTRA	QUÉ SE CONSIGNA	OTRAS OBSERVACIONES
MI10	SÍ		
MU8	SÍ		Siempre, siempre. (...) Para tenerlo como antecedente. (...) Lo mismo que si nos enteramos que el paciente es HIV también lo dejamos consignado. (...) el paciente no sabe lo que escribimos nosotros en la historia clínica, no está a la vista del paciente.
E6	SÍ	Z20 Z21	En todos los pacientes quirúrgicos se ponen códigos (...) el Z20, en ginecología se utiliza el código Z21, que quiere decir “persona de alto riesgo”. (...) [Los que] sabemos que son homosexuales y van a tener una cirugía se utiliza precaución para el profesional para no transmitirle una enfermedad asociada y para uno, tomar recaudos de no contagiarse.
E11	SÍ		(...) se le pregunta como si tiene papá, mamá, hermanos, si los hermanos tuvieron enfermedades, si los papás tuvieron enfermedades, entonces como eso va la sexualidad (...) Al hacer la historia clínica va todo.
E14	SÍ		
MP15	SI, A VECES NO		(...) no pongo si es bisexual o no, sí si tuvo coito anal (...) Es importante en el sentido de ver cómo va a ser el manejo del paciente (...) Yo creo que de alguna manera hay que desmitificar eso, digamos, porque por ahí el temor de consignarlo es que por ahí quede enganchado con algo (...) si yo mañana, me voy a otro hospital, alguien va a seguir y tiene que seguir y saber cómo manejar a ese paciente (...) él puede hacer lo que quiera, pero a mí me sirve para manejarlo. (...) el que lo va a negar va a negarlo y es inútil insistir, y además no tiene mucha trascendencia insistir.
MC18	No		(...) al ser demanda espontánea, no puedo escribir todo en la historia (...) y la sexualidad no la pongo como un hábito (...) Aparte, otra cosa, las historias las pueden leer los administrativos, la historia ésta va a una administrativa, así que cuanto menos escriba.
MC2	No	factor de riesgo para... o pongo simplemente paciente de riesgo	Este es un cartón que anda dando vueltas y que cualquiera puede tener en la mano, entonces, a veces, cuando hay factores de riesgo, dentro de lo que es homosexualidad, por ejemplo, presumo que puede tener una serología, un HIV, lo que puedo poner es factor de riesgo (...) no detallo ni si es homosexual, ni si es bisexual, ni siquiera ante las adicciones, porque eso está a manos de cualquiera y supuestamente es un secreto médico.
MD16	No		(...) no tiene mucho sentido escribir en la historia clínica cómo fue el mecanismo de contagio.
TS4	No		(...) no, porque hay que tratar siempre de mantener la confidencialidad.
MC3	NO, A VECES SI		(...) tiene que ser algún tratamiento que yo encuentre la causa directa y una causa de riesgo para terceros para consignarlo, cosa que tiene que ser algo muy puntual (...) tiene que haber algo que lo justifique (...) si fuese otra sociedad, sería normal consignarlo, en esta sociedad por ahí puede considerarse como que estoy vulnerando la privacidad del paciente, porque por ahí lo agarra otra persona que piensa diferente y porque consigno que es homosexual y lo manda a pasear.

HOSPITAL 3

	SE REGISTRA	QUÉ SE CONSIGNA	OBSERVACIONES
MI15	SÍ		En ningún momento [han puesto reparos]. El que te dice desde un principio, acepta que lo pongas en la historia clínica. Si no, te miente.
E2	SÍ		(...) si está relacionada esa orientación a alguna conducta de riesgo.
Ts5	SI, A VECES NO		Si es importante para la demanda.
MC14	SI, A VECES NO		(...) hay algunos pacientes que piden que no lo registremos, entonces no lo anoto.
MI16	NO, A VECES SI		Cuando tiene patología relacionada (...) (en) la <u>denuncia epidemiológica de HIV</u> (...) el 90 % te miente.
MD1	NO, A VECES SI	Homosexual	(...) cuando me llaman a la sala, sí. [En consultorio no lo consigno] (...) a no ser que sea una ETS, rara vez.
MC10	NO, A VECES SI	Homosexual	Salvo que uno llene <u>formularios especiales para pedir determinadas serología</u> (...) porque los mismos formularios lo solicitan.
MC14	NO, A VECES SI	homosexuales, bisexuales	<u>Cuando tienen que firmar el pedido del HIV</u> , ahí hay un ítem que pregunta la orientación sexual (...) Calculo que un montón debe mentir.
MU17	NO, A VECES SI		Salvo que sea importante para el diagnóstico de alguna patología.
MP18	NO, A VECES SI		
E11	No		(...) uno más o menos leyendo la historia clínica (...) y lo que uno ve en la atención del paciente puede sacar algunos parámetros y decir, bueno, este chico es homosexual.
E13	No		(...) si en algún momento lo veo vería la forma de que no vuelva a ocurrir porque creo que es una cosa privada, que no incumbe a nuestra tarea porque el ser humano es una persona integral que no hace ni más ni menos saber cuál es su sexualidad.

HOSPITAL 4

	SE REGISTRA	QUÉ SE CONSIGNA	OBSERVACIONES
MG3	SÍ		(...) por los riesgos mayores que tienen en este tipo de poblaciones de contagio.
13	SÍ		Ahí se registra todo.
TS5	SI, A VECES NO	paciente homosexual, bisexualidad	Si fue declarada y fue tenida en la entrevista y es un dato que tiene que ver con su identidad, sí [refiere a la historia social].
MI9	SI, A VECES NO	probable contagio por vía, drogadicción (...) o homosexual	(...) para mí no hay diferencia entre poner drogadicción o homosexual o lo que sea porque la historia clínica es un documento.
MD7	SI, A VECES NO		(...) la historia clínica es un documento (...) cuando es necesario por ahí ponerlo o no porque consideramos que es muy personal (...) es medio difícil ponerlo en la historia clínica o detallar algunas cosas.
MI10	No		
MH14	No		(...) no es trascendente para su atención.
E15	No		

HOSPITAL 5

	SE REGISTRA	QUÉ SE CONSIGNA	OBSERVACIONES
MC14	Sí		
MD15	SI, A VECES NO		
MC16	SI, A VECES NO		
E5	SI, A VECES NO		Sí, cuando se indaga sí, si el paciente quiere [decirlo] sí.
MP18	No		
MU13	No		
E2	No		
E7	No		
T8	No		(...) únicamente se coloca el diagnóstico de la persona y el tratamiento que se le brinda.
MI12	NO, A VECES SI		Depende del motivo de la consulta (...) (...) nosotros preguntamos (...) dentro de lo que nosotros hacemos como historia clínica (...) hábito sexual como preguntamos si toma vino o fuma cigarrillos (...) pero si la persona no lo quiere decir o quiere informar otra cosa lo hace y así queda registrado, aun cuando nosotros podamos pensar otra cosa.
MC17	NO, A VECES SI		Salvo que sea de relevancia. [Infectología]
P4	NO, A VECES SI	trastorno de la identidad sexual	Salvo en alguna cuestión diagnóstica, donde ponemos trastorno de la identidad sexual.
TS10	NO, A VECES SI		Salvo algo que realmente (...) suceda a través de su condición sexual.
E5	NO, A VECES SI		(...) sí se pone en la historia clínica cuando hay un paciente con HIV, le preguntan la sexualidad y en caso de hombres, si estuvo con muchas mujeres, cómo se contagio la enfermedad, dónde estuvo.

HOSPITAL 6

	SE REGISTRA	QUÉ SE CONSIGNA	OBSERVACIONES
MI6	Sí	(...) si es homosexual, hetero, todo eso.	(...) lo que importa es la trasmisión (...)
MI2	Sí	paciente de tantos años de edad, de sexo masculino, entre paréntesis travesti, homosexual lo que sea	
MD11	Sí		
E8	Sí		Sí, obviamente.
TS1	SI, A VECES NO		(...) no siempre [porque] yo veo la historia y ya sé quién es y no necesito registrar algunas cosas. Pero algunos sí me parece importante por el hecho de que yo el día de mañana puedo estar en otro lado y si alguien continúa con esto, por lo menos que sepa cómo manejarse con algunos temas. Trato siempre de respetar mucho lo que dice el paciente y de acuerdo a eso, voy viendo.
MC10	No		
MC15	NO, A VECES SI	homosexual	(...) si es un paciente que uno nota un estigma o que tiene una duda (...) o que él manifiesta directamente o tiene que ver con la internación (...) cuando tengo que consignar en la Historia Clínica si es homosexual o no, lo pongo y sé el riesgo que tienen los homosexuales para mí, como médico.
MC16	NO, A VECES SI		
E17	NO, A VECES SI		Se consigna en algunos casos cuando el paciente sufre algún tipo de enfermedad a consecuencia de su vida sexual. (...) Se consigna el origen de la enfermedad por tal o cual cosa que se sospecha.

HOSPITAL 7

	SE REGISTRA	QUÉ SE CONSIGNA	OBSERVACIONES
MI1	Sí	Si fue hombre con hombre, mujer con mujer, si madre e hijo (...)le pongo ahí tres letras que yo identifico	
MC5	Sí	prácticas sexuales	
E 6	Sí		Lo consigna el médico (...) hay pacientes que no quieren, no quieren, o que se enteren que es HIV.
TS16	Sí		No lo registro porque a las historias tiene acceso desde un camillero a un auditor de una obra social.
MC5	No		
MC9	No		
MU17	No		
MP18	No		
MD 15	No	BSM	(...) a veces en la historia hay una siglas BSM, que significa bioseguridad máxima, se pone eso en la tapa de la historia, entonces ya sabés que tenés que tener mayor seguridad que con otro paciente, no se le pone en la tapa HIV (...) eso no se rotula para nada.
E11	No	bioseguridad	Lo que sí se consigna es que el médico pone bioseguridad, entonces a veces entendemos que el paciente es HIV positivo.
E 14	No		

HOSPITAL 8

	SE REGISTRA	QUÉ SE CONSIGNA	OBSERVACIONES
MC1	Sí	si tiene relaciones con hombres, con mujeres, con ambos sexos.	(...) Me han mentido (...) con respecto a la sexualidad. [Consultorio Inmunología]
MP6	Sí	homosexuales, bisexuales	Normalmente dicen “no soy homosexual” y punto y se acabó. Niega ser homosexual (...)
E2	Sí	la sexualidad, drogadicción, otras tendencias del paciente	Son muy pocos los que mienten. [Consultorio Inmunología]
E10	SI, A VECES NO		(...) depende de la patología que tenga (...) específicamente en el grupo de... en la población de gente que tiene HIV. [Las historias de VIH] están con llave. Eso es totalmente privado (...) Eso es privado del médico y de la persona que ingresa.
MU16	No		Tampoco consigno la heterosexualidad. No me parece un dato relevante, a no ser que estemos hablando de ETS y aun así tampoco lo consigno. (...) Lo que sí consigno yo es el VIH (...) sé que hay algunas controversias en todo eso, pero para mí es como anotar que es diabético o hipertenso.
E4	No		Hay mucho temor con que el HIV, te puede hacer un juicio porque vos lo divulgaste (...) P: (...) Hablaba de ponerle la orientación sexual, nada más. R: Por eso te digo, creo que empieza de ahí (...) a que pongan la orientación sexual.
E12	No		(...) pienso que no es importante desde el punto de vista médico.
E13	No		(...) nunca se ha hecho.
MC7	NO, A VECES SI		(...) yo no, pero sí se hace (...) no me gusta formar parte (...) de grupos que discriminan, ni tampoco estar (...) relacionado con algún grupo discriminado. (...) es una información que me la guardo para mí y la manejo yo para el tratamiento del paciente. (...) al jefe del servicio, si me lo pregunta (...) conducta sexual del paciente y bueno, ahí sí.
MC11	NO, A VECES SI		Como pasa en medicina: puede ser pero no estoy seguro (...) que sea importante que quede registrado. (...) excepcionalmente podría ser importante pero no de rutina (...) si hay una situación crítica homosexual (...)
MD17	NO, A VECES SI	la inclinación sexual que tienen, los hábitos sexuales	[No en la historia de dermatología sí en la <u>historia de clínicos e inmunólogos</u>]
E15	NO, A VECES SI		El motivo de que ha llegado a su enfermedad. Por ejemplo si es VIH, se consigna que ha llegado por su práctica homosexual (...) [En otras patologías] cuando es soltero, tienen una edad de “qué pasó con este señor que no está casado”, ya tratan de investigar qué pasó y por qué fue el motivo por el cual se ha infectado.

HOSPITAL 9

	SE REGISTRA	QUÉ SE CONSIGNA	OBSERVACIONES
MI10	Sí	Relaciones de hombres con hombres, creo que dice; relaciones heterosexuales [¿ficha de notificación?]	(...) yo les digo primero que le voy a preguntar varias cosas que van a quedar registradas en la Historia Clínica. Ya les aviso que los voy a interrogar. Algunas personas, con el tiempo, me dijeron que les molestó (...) Que les molestó que les hiciera las preguntas que le hice. Pero, en el momento, nadie puso reparos, nunca nadie me dijo, “¡cómo me va a preguntar eso!” Pero con el tiempo, cuando empezás a entrar en confianza, algunos dicen “y, me molestó”.
MI11	Sí		
MC7	Sí	tiene una pareja heterosexual. De la misma forma pongo lo homo	La historia clínica es un documento (...) Yo de por sí parto de [que] no es algo público que todo el mundo va a mirar.
E2	Sí	homosexual, heterosexual, relaciones, contacto de riesgo en relación heterosexual, en relación homosexual	
E3	Sí		Siempre.
E4	Sí		
MC18	No		Porque no soy el único que tiene acceso a la historia clínica y no sé cómo lo van a tomar los otros profesionales esto. Yo puedo tener un visión de la homosexualidad que puede ser distinta a las de mis colegas. Y más porque a veces la asistente tiene acceso a la información, hasta las chicas de estadística (...) Yo tengo <u>una historia clínica paralela en mi computadora</u> y en ese caso sí lo pongo (...) Es que en realidad los únicos pacientes que tengo en mi computadora son los que están haciendo tratamiento con retrovirales.
TS14	No		
E5	No		

HOSPITAL 10

	SE REGISTRA	QUÉ SE CONSIGNA	OBSERVACIONES
MP9	SI, A VECES NO		[Para] saber qué le pasó, por qué o por qué se está tratando.
MC6	SI, A VECES NO	promiscuidad las parejas	(...) según cómo venga (...) para determinados fines (...) Algunas cosas sí porque la historia clínica es un documento privado. (...) El paciente es el dueño de su historia clínica, no es del hospital, es algo privado (...) está bien que la historia que está ahí es la historia de uno pero no, uno no puede venir “dame la historia, quiero verla”, bueno, no, tiene que documentar para qué quiere ver, no es simplemente por un capricho (...) Porque no se puede llevar y sacar por cualquier cosa.
E3	SI, A VECES NO		(...) cuando el paciente lo declara, si no, no, me parece que es una falta de ética. Yo te atiendo a vos y pongo si sos bisexual y estoy juzgándote (...) el paciente no tiene acceso a las historias.
E13	SI, A VECES NO	homosexual	La enfermera jamás escribe “es homosexual” (...). Pero el médico (...) puede llegar a escribir (...) “homosexual”. (...) como la historia clínica es un documento, debería constar dentro pero nunca en la tapa. (...) Porque como el médico debe estudiar todo y llegar a la conclusión de si tiene Sida, hepatitis, si tiene... para descartarlo ¿no?
MI8	NO, A VECES SI		Trato de poner pocos datos en historias y más en documentos públicos.
MI11	No		
MU17	No		(...) porque no aporta nada, ¿qué cosa positiva aporta?
MC7	No		
TS12	No		(...) no se me escapa, pero no lo consigno [en historia social].
E5	No		

HOSPITAL 11

	SE REGISTRA	QUÉ SE CONSIGNA	OBSERVACIONES
MC17	Sí		Forma parte de los hábitos. (...) la historia clínica es un documento que no se debe que compartir con nadie obviamente. Si el paciente dice yo no quiero que conste esto, no lo hacemos constar, él puede decir que no. [Centro de atención PVVIH]
MC16	Sí		(...) por el tema principalmente... de buscar alguna enfermedad venérea, más predisponente en pacientes homosexuales que en heterosexuales. Igualmente, actualmente se sabe que ya eso no es más así (...). Pero, bueno, igualmente, son historias clínicas viejas y que sigue estando ese dato ahí. Quizás sí, sería necesario sacarlo, sí, coincido totalmente.
MG18	Sí	heterosexual homosexual	
E2	Sí		
MC15	SI, A VECES NO		Sí, habitualmente (...) es una contradicción (...) está el ítem en el historial clínico, uno lo llena mecánicamente pero... o queda en blanco (...)
MC11	SI, A VECES NO		(...) en algunos casos no (...) por ahí porque el paciente de que tiene una litiasis vesicular no cambia si es homosexual o no. Obviamente al haber más predisponencia de tener HIV, de tener hepatitis, uno por ahí lo pregunta para hacer los análisis necesarios previos a la cirugía. Por muchas cuestiones, por si se pincha el cirujano, o sea muchas cuestiones, por ahí lo pregunta y... y es necesario saberlo.
E5	SI, A VECES NO		Hay médicos que lo ponen (...) o si no lo ponen en la Historia Clínica, pero te lo dicen. Porque vos te das cuenta que son prejuiciosos y hay otros que no le dan importancia, directamente ponen la patología del paciente, los antecedentes, pero no hacen hincapié en nada de eso. P: Y a vos te parece que es necesario que figure en la Historia clínica la orientación sexual? R: No, yo creo que no.
E10	SI, A VECES NO		(...) cuando va en una internación, por ejemplo, porque yo creo que debe tener que ver (...) <u>Va como un tema de conocimiento general o sea, sos católico, sos ateo, sos bisexual, bisexual, heterosexual, lo anotan (...)</u>
MI8	No		(...) no es un dato necesario, además si el paciente no lo menciona, ¿cómo te das cuenta?
MD13	No		No lo ponemos en ninguno, no ponemos heterosexual, bisexual, o travesti, no lo ponemos en ninguna historia.

HOSPITAL 12

	SE REGISTRA	QUÉ SE CONSIGNA	OBSERVACIONES
MI9	Sí		
MC16	Sí		
MD17	Sí		(...) nosotros en ETS no tenemos historias clínicas. Hacemos ficha de denuncia, se denuncian la sífilis y la blenorragia y nada más, y el resto va sin ficha.
MG18	Sí		
E5	Sí		[Reparos del paciente] No, porque ellos no saben. Es para nosotros nada más, un llamado de atención como para que veamos, nada más, no es un dato, es algo para tener en cuenta.
E6	Sí		(...) es importante que sepa por el riesgo, por el diagnóstico presuntivo.
MI11	SI, A VECES NO		Cuando se interna.
MD15	SI, A VECES NO		Si es necesario, si no es necesario no.
E13	SI, A VECES NO		En el internado (...) No, no les molesta. La mayoría de los que uno conoce, no, no les molesta.
MC	No		(...) no manejamos historias clínicas en el consultorio externo, no, nosotros directamente sin historia clínica.
TS1	No		En la parte social no [historia social].
E12	No		
E14	No		
A4	No		<u>No se lleva historia en clínica médica, solamente hay historias en la parte de las salas de internados, en las salas de HIV , en Reumatología y Diabetes.</u> (...) en ningún momento se pone ni entre paréntesis.

HOSPITAL 13

	SE REGISTRA	QUÉ SE CONSIGNA	OBSERVACIONES
E3	Sí	la inclinación de sexo	[Infectología]
MC7	No		
MD16	No		
MD13	No		
TS4	No		(...) para hacer lo que tengo que hacer o para darle lo que el paciente necesita recibir, no me interesa la condición sexual que tiene.
E9	No		
E11	No		
E12	No		
MC8	NO, A VECES SI		(...) en la enfermedad de transmisión sexual no se consigna, pero en VIH, sí.
MP17	NO, A VECES SI		Considero que si un paciente por ejemplo varón que tengamos el diagnostico certero de que es HIV positivo y uno va a hacer un procedimiento quirúrgico, algo así, deberíamos consignarlo porque considero que son pacientes que tienen mayor prevalencia (...) como una medida de protección.
MC6	NO, A VECES SI	puedo poner sexo hombre con hombre o puedo poner homosexual	Nosotros lo solíamos hacer porque estaba dentro de la metodología nuestra (...) ahora ya ni lo pongo (...), sí puede ser en el caso en que haya una situación epidemiológica, por ejemplo, dentro de una transmisión, supongamos de una sífilis a otra persona, en la cual sea importante o contactar a la otra persona (...) [Infectología]
E15	NO, A VECES SI		(...) cuando el paciente tiene el HIV sí lo ponen, pero no así como paciente porque (...) tienen otra sigla, otras reglas.

En el cuadro siguiente se consigna el detalle numérico de las respuestas

	SI	NO	A VECES		
			Sí, a veces no	No, a veces sí	Total
HOSPITAL 1	1	3	3	3	6
HOSPITAL 2	5	4	1	1	2
HOSPITAL 3	2	2	2	5	7
HOSPITAL 4	2	3	3	-	3
HOSPITAL 6	4	1	1	3	4
HOSPITAL 5	1	5	3	5	8
HOSPITAL 7	4	7	-	-	
HOSPITAL 8	3	3	1	5	6
HOSPITAL 9	6	3	-	-	-
HOSPITAL 10	-	5	4	1	5
HOSPITAL 11	4	2	4	-	4
HOSPITAL 12	6	5	3	-	3
HOSPITAL 13	1	7	-	4	4
	39	50	25	27	52

Total de respuestas: 141

Como se pone en evidencia en las tablas, existen modalidades diversas de registro: algunos afirman consignar siempre la orientación de los pacientes homosexuales y bisexuales (39) y otros nunca lo registran (50). Otros lo hacen sólo a veces (52) sobre todo en función de las características de los síntomas o enfermedades, en particular enfermedades de transmisión homosexual y “si está relacionada esa orientación a alguna conducta de riesgo”. Ha de señalarse que la indagación en torno del registro de la orientación sexual de los pacientes fue respondida en ocasiones en términos del registro del VIH-Sida (HOSPITAL 8 MU16, HOSPITAL 13 E15, HOSPITAL 7 E11, entre otros).

La explicación de por qué se consigna se asoció de manera significativa a un necesario alerta sobre precauciones para el trabajo con estos pacientes (entre los médicos, HOSPITAL 1 MC13, HOSPITAL 6 MC15, HOSPITAL 4 MG3, HOSPITAL 11 MC11, HOSPITAL 13 MP17). En ocasiones se recurre a códigos especiales (Z21, BSM, B24).

En la transcripción que sigue, extractada de la entrevista a un enfermero, cabe destacar:

- la modalidad de registro mediante códigos especiales para identificar “pacientes de riesgo” que “sólo” manejarían las especialidades intervencionistas: ginecología, traumatología y cirugía general,

- la justificación de su inclusión en la protección del personal “para no contagiarse” y, en un sorprendente giro del argumento básico de la universalidad de las precauciones, para “no contaminar” al paciente,
- la identificación de la homo-bisexualidad con el VIH-Sida, ratificada pese a la insistencia en aclarar la pregunta por parte de la entrevistadora.

P: ¿Se consigna en la historia clínica el dato de la homosexualidad o bisexualidad?

R: Se pone un código.

P: ¿En qué situaciones y por qué?

R: En todos los pacientes quirúrgicos se ponen códigos.

P: Ajá.

R: Que es el Z20, en ginecología se utiliza el código Z21, que quiere decir persona de alto riesgo. Por una disposición de muchos años del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires no se pone en las historias clínicas la sigla VIH, HIV, porque... se está... la persona que viene a atenderse no lo sabe cuál es la, cuáles son las siglas, la gente ahora lo sabe, pero se supone que no lo sabían. Como era discriminatorio se utiliza la sigla Z21.

P: Pero Z21 tiene que ver con pacientes, ¿a quienes incluyen ahí?

R: Todos.

P: ¿Que incluyen ahí?

R: Todos los pacientes que uno considera de alto riesgo.

P: ¿Qué es de alto riesgo?

R: Que hay que tomar precauciones.

P: ¿Cuáles serían las características o condiciones o cualidades?

R: El contacto con fluidos corporales en una cirugía.

P: No, pero ¿por qué son de de alto riesgo?, ¿quiénes consideran?

R: Por que hay que tener, estas personas tienen.

P: ¿Homosexuales?

R: Que sabemos que son homosexuales y van a tener una cirugía se utiliza precaución para el profesional. Para no transmitirle una enfermedad asociada y para uno tomar recaudos de no contagiarse.

P: Entonces estás diciendo que toda persona sea homosexual o bisexual va en código.

R: Va en código. O persona que no se sepa, pero que uno ve valores de laboratorio dudosos.

P: Valores de laboratorio, la homosexualidad no sale por la sangre. Lo que sale es el VIH, por ejemplo, o alguna enfermedad infecciosa. Ahí vos ponés el código.

R: Hay servicios que ponen el código por prevención.

P: Que ponen el código por prevención.

R: El servicio de ginecología pone un código por prevención para toda persona que va a ser operada. Al abrir, al hacer un corte, estamos dejando al aire, o sea, el medio ambiente está contaminado, nosotros nos contaminamos al tardar entre el corte y el cierre de la sutura, nosotros podemos llegar a contaminar, a perjudicar al paciente.

P: Pero si vos atendés una persona que es homosexual y no tiene VIH, no...

R: Si no está en período ventana.

P: Hace 10 años que no tiene relaciones sexuales y se hizo tests, le da negativo, ¿igual le ponen el código?

R: Sí.

P: ¡Ja! ¿Y esa es una política del hospital?

R: Sí.

P: Alguna vez vos me contaste que algunos saben y otros no saben el código.

R: Los servicios de cirugía, sí. Los servicios, o sea, los servicios de cirugía general, ginecología traumatología, son las especialidades que operan huesos, órganos, sí (HOSPITAL 2 E6).

Entre otros aspectos a destacar, más allá de los objetivos específicos de este informe, mencionaremos los siguientes:

- el problema de la palabra y el consentimiento del paciente,
- el problema de la manipulación de los registros y la posibilidad de brechas en la confidencialidad de los mismos.

En una mirada integradora de estos dos puntos, puede plantearse que existe una suerte de confusión en lo referido al manejo de la historia clínica, caracterizada taxativamente como “documento”, a medio camino entre la necesaria voluntad y derecho del paciente y los requerimientos del funcionamiento interno de la institución. Algunos afirman respetar la voluntad de los pacientes y no consignan el dato cuando así lo solicitan. Para otros el paciente no “sabe”, no “maneja”, no tiene “acceso” a las historias y esto es correlativo al valor asignado y la desconfianza sobre la certeza de su declaración. A esto debe añadirse las dudas expresadas por algunos entrevistados de distintas ciudades sobre posibles brechas en la confidencialidad de estos registros (HOSPITAL 9 MC18, HOSPITAL 2 MC18, HOSPITAL 2 MC2, HOSPITAL 2 MC3, HOSPITAL 7 TS16).

Dirección de Sida y ETS
MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

Av. 9 de Julio 1925, piso 9 - Ala Moreno
(C1073ABA) Ciudad Autónoma de Buenos Aires
República Argentina
(005411) 4379-9017

dir-sida-ets@msal.gov.ar
www.msal.gov.ar/sida

Septiembre de 2010