

Investigaciones en Salud Pública

Documentos Técnicos

Temas prioritarios de
Salud Pública

20

El hospital público y
la representación social
del complejo VIH/SIDA

Enrique Rozenblat
Graciela Biagini
Marita Sánchez



Coordinación de Investigaciones
División de Salud y Desarrollo Humano

Organización Panamericana de la Salud
525 23rd Street, N.W.
Washington, D.C. 20037-2895, EUA

Julio de 1999

La Serie de Documentos Técnicos fue creada por la Coordinación de Investigaciones, División de Salud y Desarrollo Humano (HDP/HDR) de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) para difundir los documentos metodológicos, informes y reportes de las investigaciones que han sido financiadas por el Programa de Subvenciones para la Investigación de la OPS.

Los Documentos Técnicos se conciben como un medio de difusión rápida y oportuna de los resultados de investigaciones y no se constituyen en publicaciones científicamente evaluadas y profesionalmente editadas.

Temas Prioritarios de Salud Pública consiste de proyectos sometidos anteriormente a la OPS bajo un sistema de demanda abierta espontánea. Los temas de los estudios son diversos y pueden venir de múltiples áreas de salud pública, pero son unidos en términos de relevancia para problemas de salud colectiva de la Región.

El hospital público y la representación social del complejo VIH/SIDA fue financiado por la OPS en 1996 por el carácter prioritario del tema para la salud pública de la Región de las Américas. En este estudio se analizan modalidades de prestación de servicios médicos y la significación social del VIH-SIDA en personal de salud de cinco hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires, a fin de conocer sus implicancias en la prevención primaria y secundaria de la infección y el autocuidado. Se aplicaron técnicas de observación, entrevistas semiestructuradas y encuesta.

Esta publicación puede ser citada o impresa sin restricciones, con tal que se haga una referencia apropiada a este número. Una copia debe ser enviada al Programa de Coordinación de Investigaciones, División de Salud y Desarrollo Humano.

Las opiniones expresadas por los autores son de su exclusiva responsabilidad y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la Organización Panamericana de la Salud ni de los Estados Miembros.

Diseño del logo "Building blocks", en la cubierta
Coordinación de Investigaciones/Unidad de Diseño Gráfico

Diseño y composición de cubierta
Clara I. Rodríguez

Diseño y composición de texto
Suzanna Stephens, M.A.

Índice

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
Encuadre del problema	2
Propósitos de la investigación	3
METODOLOGÍA	4
Técnicas de investigación y características de la población en estudio....	5
Supuestos de trabajo	5
RESULTADOS.....	6
Impacto percibido	6
Cambios en la población atendida.....	6
Cambios a nivel del hospital y de los servicios.....	6
Cambios en la práctica médica	7
Coordinación entre los servicios	8
Nuevos tratamientos y estudios de carga viral	8
Recursos financieros.....	9
La significación del VIH/SIDA	9
Caracterización de los pacientes	9
Susceptibilidad hacia la infección	10
Caracterización de la enfermedad	11
DISCUSIÓN	13
REFERENCIAS.....	17

CUADROS

1. Criterios para caracterizar la enfermedad	11
2. Perfiles de sentido.....	12

El hospital público y la representación social del complejo VIH/SIDA¹

Enrique Rozenblat²
Graciela Biagini³
Marita Sánchez⁴

RESUMEN

Se analizan modalidades de prestación de servicios médicos y la significación social del VIH-SIDA en personal de salud de cinco hospitales públicos del área metropolitana de la ciudad de Buenos Aires a fin de conocer sus implicancias en la prevención primaria y secundaria de la infección y el autocuidado. Se aplicaron técnicas de observación, entrevistas semiestructuradas y encuesta. A partir de los 90s se extiende la atención a los nosocomios generales con impactos en la institución, la práctica médica y la cantidad y tipo de población usuaria. Se conformaron equipos de trabajo integrados por infectólogos, otras especialidades médicas y profesionales de otras disciplinas. No obstante el personal resulta insuficiente. La inadecuada capacitación, la irregular aplicación de la bioseguridad y el trabajo intensivo caracterizan una atención de “trinchera”. Con un carácter autogestivo, los avances en la organización intraservicio son mayores que los progresos en la articulación interservicios. La disponibilidad de recursos terapéuticos y diagnósticos, la posibilidad del

¹ El equipo estuvo conformado por el Dr. E. Rozenblat como responsable, participando la Lic. G. Biagini como investigadora asociada y los Lics. F. Turull y M. Burgos como investigadores adjuntos. En la coordinación del trabajo de campo y en la etapa del análisis se desempeñó la Lic. M. C. Sánchez. Se agradece al Lic. Francisco Turull su participación en el análisis de la muestra de hospitales y en la revisión final del trabajo.

² Médico de la Universidad Nacional de Buenos Aires, Especialista en Medicina Sanitaria. Ex Director del Hospital Municipal General de Agudos Cosme Argerich. Afiliación con Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Marcelo T. de Alvear 2230, ARG-1122 Buenos Aires, Capital Federal, Argentina; teléfono: (+54 - 1) 47-72-66-29; fax: (+54 - 1) 962-2531; correo electrónico: erozenblat@intramed.net.ar.

³ Licenciada en Sociología, Especialización en Ciencias Sociales y Salud, Profesora Adjunta Regular, Cátedra de Sociología de la Salud, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Profesora Asociada Regular en la Universidad Nacional de Luján, Departamento de Ciencias Sociales, Ruta 5 y 7, ARG-6700 Luján, Argentina; teléfonos: (+54 - 1) 650-3474, 785-3917; fax: (+54 - 1) 304-1806, 788-3700; correo electrónico: doalbiagini@arnet.com.ar.

⁴ Licenciada en Sociología, Universidad de Buenos Aires. Jefe de Trabajos Prácticos, Cátedra Sociología de la Salud, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Marcelo T. de Alvear 2230, ARG-1122 Buenos Aires, Capital Federal, Argentina; teléfono: (+54 - 1) 47-72-66-29; fax: (+54 - 1) 962-2531; correo electrónico: maritasa@infovia.com.ar.

manejo ambulatorio y una mejor calidad de vida de los pacientes, restauran el rol del médico. Aunque se reconoce un menor rechazo al seropositivo, la significación médica del padecimiento centrada en prácticas riesgosas con fuerte asociación a pertenencias grupales produce dificultades en la RMP. La sinonimia *SIDA = muerte* experimentó un desplazamiento a *enfermedad terminal-crónica* con tendencia a instaurar *SIDA = pobreza*. *Descontrol-tentación-transgresión por sexo y/o droga* configuran el núcleo central de la construcción social del SIDA; en los *jóvenes* se condensa la semántica original de la culpa y castigo.

INTRODUCCIÓN

Encuadre del problema

La expansión del VIH/SIDA ocurre en un contexto mundial de reformulaciones del Estado y el sector salud que en América Latina asume condiciones particularmente críticas por los procesos de globalización económica, la disminución y delegación de la intervención estatal en los planos asistencial y preventivo, la crisis del sistema de seguridad social, el peso de factores culturales y la debilidad de la sociedad civil. En el caso del sistema de salud argentino dichas reformulaciones fueron signadas por una creciente concentración dentro del sector privado y una política de descentralización, autogestión, autofinanciamiento y tercerización del sector público que incrementaron su atomización y fragmentación características. Las dificultades crónicas de articulación entre los niveles nacional, provincial y municipal y las limitaciones para transferir fondos a las provincias y orientar las políticas completan el cuadro político-sanitario en que crece la epidemia.

En ese marco se desarrolla el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del VIH y SIDA—dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación—el cual reproduce las mismas tendencias que el resto de las políticas de salud: discontinuidad y disparidad en su implementación, campañas y proyectos erráticos y superpuestos con frecuencia incoherentes entre sí, discrecionalidad política y presupuestaria y ausencia de articulaciones efectivas con los emprendimientos comunitarios a lo que se suma el incumplimiento de las incumbencias de los diferentes subsectores. Hasta 1997, mientras la epidemia crecía exponencialmente, fue reduciendo su presupuesto hasta llegar a los 12 millones de pesos. El suministro de medicación gratuita¹ específica y para el tratamiento de enfermedades oportunistas fue discontinuo y variable según la jurisdicción. Un recurso de amparo presentado por ocho ONGs, derivó en un salto presupuestario que llegó a superar los 70 millones de pesos anuales en el período 1998–99.²

El SIDA constituye un fenómeno social “nuevo” que lejos de haber cristalizado conceptual y operativamente, está aún en proceso de “construcción social”. En su elaboración intervienen “no sólo procesos teóricos y técnicos, sino procesos institucionales e ideológicos en los cuales está inmerso el saber y la práctica médica”³ junto a otro tipo de actores e instituciones (Estado, ONGs, sistema educativo, sistema laboral, medios de comunicación, etc.) con distintos niveles de autoridad y poder y representaciones⁴ de sentido común y en los cuales “la cuestión SIDA” adquiere resonancias diversas.

A partir de este reconocimiento, hemos hablado de *complejo VIH/SIDA* para dar cuenta de un fenómeno de carácter heterogéneo compuesto por:

- a) *distintos “niveles” de realidad*, materiales y simbólicos, objetivos y subjetivos;
- b) *variados saberes-interpretaciones, prácticas e intervenciones*;
- c) *diferentes actores* sociales involucrados en su interpretación y “tratamiento”;
- d) *disímiles posiciones de autoridad y poder*; y
- e) los *distintos efectos, significaciones e implicancias* que todo este proceso de saberes-prácticas-intervenciones, actores y disputas tienen en relación a las significaciones y prácticas de la población y, especialmente, para las personas que viven con el VIH.⁵

El SIDA, por su multiplicidad de implicancias, es considerado un fenómeno social total. En sus inicios, con las connotaciones de aviso-castigo y maldición, “signa una época.”⁶ Se convierte en una enfermedad mediática; es un tema de los políticos y de decisiones del Estado; surgen grupos y organizaciones sociales que se ocupan del tema a la vez que es objeto de trabajo de instituciones ya existentes. Pone de manifiesto y potencia desigualdades e inequidades estructurales.⁷

El hospital público es el que ha atendido la mayoría de los casos y también se vio obligado en primer término a la rápida capacitación de su personal. Pese a sus carencias operativas se lo reconoce como el ámbito con mayor nivel técnico y científico y donde mejor se realiza la atención al VIH positivo.

Los hospitales, en tanto organizaciones sociales con práctica profesional, son instituciones que dependen de sus operadores para un funcionamiento adecuado. Por la complejidad y la variabilidad de su trabajo, los profesionales gozan de discrecionalidad en las decisiones relativas al tipo y manera de producir las prácticas, lo cual implica un menor ámbito de dominio y poder de resolución por parte de la tecnoestructura. Si bien esto puede evitar la burocratización, la autonomía profesional favorece la fragmentación y segmentación en grupos con intereses divergentes. Paradójicamente, los cambios se producen fácilmente en las unidades a causa de la autonomía de los operadores, pero se dificultan a nivel de la organización como unidad.⁸

Propósitos de la investigación

El propósito del estudio es conocer la forma en que las modalidades organizativas de los servicios públicos, los saberes⁹ y prácticas del equipo de salud facilitan y/o dificultan la prevención primaria y secundaria de la infección y el autocuidado personal y colectivo.¹⁰

Se parte del reconocimiento de dos tipos de situaciones problemáticas:

1. la existencia de dificultades intrainstitucionales en la asistencia de la patología y
2. la presencia de actitudes y prácticas sociales en el equipo de salud que obstaculizan la atención médica y las actividades de prevención secundaria entre las personas que viven con VIH.

Dos objetivos generales orientan el trabajo:

1. Conocer los programas, modalidades y formas de gestión de los servicios públicos de atención médica que realizan actividades relacionadas con la problemática del SIDA.
2. Comprender las representaciones y prácticas acerca de la patología y las personas que viven con el HIV por parte de los miembros de los servicios seleccionados.

METODOLOGÍA

Por tratarse de una problemática escasamente estudiada, el diseño es de tipo exploratorio y descriptivo privilegiando el uso de técnicas cualitativas adecuadas al análisis del sentido de los fenómenos sociales. Las dimensiones de análisis abordadas incluyen el enfoque institucional de los servicios, la conceptualización de la enfermedad y el modelo que proponen para encararla, explorándose las variables que condicionan las modalidades de atención médica y los procesos de construcción de sentido de la infección por VIH/SIDA por parte del personal de salud.

El universo de análisis está constituido por los hospitales públicos del Gran Buenos Aires (la Ciudad de Buenos Aires más el Conurbano Bonaerense), que registra las tasas de prevalencia e incidencia de casos de SIDA más altas del país.¹¹

De ese conjunto se seleccionó una muestra significativa no probabilística compuesta por cinco nosocomios¹²: cuatro hospitales generales de agudos y uno especializado en enfermedades infecciosas. Tres, están situados en la Ciudad de Buenos Aires (H1, H2y H3) y dos en el Conurbano (H4 y H5).^{*} Los hospitales capitalinos generales presentan una capacidad resolutive de mayor nivel de complejidad y volumen de producción en consultas anuales que sus pares bonaerenses: de 625.000 a 670.000 los primeros y entre 250.000 y 295.000 los segundos. En cambio en el caso de los egresos, salvo el municipal, con casi 4.900 egresos anuales, los tres restantes giran en torno a los 13.000. Al hospital especializado, le corresponden magnitudes menores: 138.000 consultas y 4.400 egresos. Las dotaciones de camas fluctúan entre 390 y 460 en los hospitales capitalinos y entre 130 y 300 en los bonaerenses, siendo similares los porcentajes generales de ocupación en ambos distritos (alrededor del 80 %), aunque algunos servicios funcionaban en condiciones de saturación, principalmente en el hospital provincial. El promedio de permanencia en la internación varía entre 7 días en los bonaerenses y 9 ó 10 días en los generales capitalinos, siendo mayor, como es esperable, en el especializado: 24 días. Destaca en este último su tasa de mortalidad del 14 %, muy superior al 4 % en que oscilan las tasas de los restantes.¹³

En cada uno de estos hospitales se tomaron como unidades de análisis 5 servicios que diagnostican la infección y/o atienden a seropositivos incluyendo siempre los de *infectología, clínica médica, neumotisiología y servicio social*. El restante se seleccionó según la importancia relativa de las prestaciones realizadas en los dos últimos años.

^{*} En adelante utilizaremos los siguientes códigos: Hospitales que dependen del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: generales H2 y H3 y especializado H1. Hospitales generales del Gran Buenos Aires: H4 de jurisdicción provincial y H5 de jurisdicción municipal.

Técnicas de investigación y características de la población en estudio

En una primera instancia exploratoria fueron entrevistados, en base a cuestionarios semiestructurados, 84 informantes: 53 médicos, 17 enfermeros, 9 trabajadores sociales y 5 psicólogos. Con la mitad de ellos se realizó una segunda entrevista para profundizar algunos temas. La muestra está conformada por un 49 % de mujeres, predominando el grupo etario de 41 a 50 años, en ambos sexos. El 69 % tiene entre 7 y 15 años de antigüedad en el hospital.

En una segunda etapa, de carácter descriptivo, se aplicó una encuesta, con respuestas abiertas y cerradas a 70 de los entrevistados a fin de comparar algunos ejes de análisis y triangular información.

Supuestos de trabajo

1. *La representación social del SIDA está en construcción y en su elaboración, al igual que en otros procesos de asignación de sentido, participan saberes y creencias “científicos y no científicos”. En el proceso y contenidos de dicha elaboración intervienen:*
 - 1.1. Significaciones relacionadas con otros fenómenos sociales y enfermedades más antiguas.
 - 1.2. Significaciones de estigmatización y discriminación hacia ciertos grupos y prácticas sociales.
2. *En la conceptualización de la enfermedad existe un fuerte predominio de la asociación del SIDA con la muerte.*
3. *La representación médica del SIDA y ciertas actitudes y prácticas del equipo de salud obstaculizan la atención del enfermo y la adopción de conductas preventivas y de autocuidado en los VIH+.*
 - 3.1. Las diferentes posiciones de clase, ideológicas y culturales de pacientes y personal de salud condicionan la relación médico-paciente.
 - 3.2. En la visión médica operan criterios clasificatorios que estigmatizan a los pacientes en función de sus prácticas sexuales, uso de sustancias no legales y/o grado de aceptabilidad del tratamiento prescripto.
4. *En la atribución del origen de la infección predominan asignaciones de “causalidad interna” centradas en las prácticas individuales más que en el virus.*
5. *En el marco de la crisis sectorial, existen dificultades intrainstitucionales en la asistencia al seropositivo y al enfermo de SIDA y obstáculos de accesibilidad al tratamiento.*
6. *Las dificultades institucionales supuestas no son totalmente específicas a la atención de la patología VIH/SIDA constituyendo una problemática de tipo estructural en la organización hospitalaria actual.*

- 6.1. El carácter de la enfermedad y el interés-desinterés despertado en los profesionales, potencia algunas de las dificultades en su atención y neutraliza otras.

RESULTADOS

Impacto percibido

Los cambios percibidos han sido agrupados para el análisis en seis ejes temáticos:¹⁴

Cambios en la población atendida

Los relatos coinciden en el predominio durante 1990–95 de pacientes jóvenes (18 a 30 años), heterosexuales, ADIV y, en menor proporción, homosexuales infectados sexualmente. Desde 1995, aumenta la atención a varones heterosexuales y mujeres—la mayoría con compañeros adictos—infectadas por relaciones sexuales sin protección. Pertenecen mayoritariamente a sectores populares. Los informantes estiman que los pacientes tienen adecuada información sobre los medios de transmisión del VIH.

Cambios a nivel del hospital y de los servicios

Mientras H1 atiende casi con exclusividad la patología en salas y consultorios externos en los otros existe, con variable magnitud, un servicio específico y/o equipos de trabajo que se han ido conformando en el último quinquenio.

En los primeros años de la epidemia el estado serológico era requerido por quienes percibían situaciones de riesgo *incrementado*¹⁵ aunque, mayoritariamente, su infección se detectaba en una internación de urgencia. Desde el '90, a partir de la descentralización de la atención de la patología a todos los hospitales públicos, crece la consulta espontánea de población general a los servicios o grupos específicos: aproximadamente el 90% son para detección, diagnóstico, seguimiento y/o tratamiento.¹⁶

En los primeros años el personal no especializado eludía ocuparse de la problemática en forma manifiesta o encubierta. Hoy, salvo en internación, se observa una cierta “naturalización” del rol adjudicado a los *encargados del SIDA*. Desde otras especialidades se efectúa un “traspaso” de los pacientes que consultan por patologías vinculadas al VIH/SIDA ya que, salvo en H3, existe una modalidad de atención centralizada.

En todos los nosocomios las TBC y las neumonías son las patologías más frecuentes aunque también atienden toxoplasmosis cerebral y otras encefalopatías, micosis, candidiasis, meningitis, Kaposi, psoriasis, herpes Zoster, HPV, etc..

Excluyendo H1, la internación programada se realiza a través de Clínica Médica. La proporción de camas ocupadas por la patología varía entre el 20 y el 45%, con incremento en época invernal. “Compite” con la hipertensión, diabetes e IRA.

Todos opinan que el personal resulta insuficiente, lo que redundaría en una menor calidad de atención y limita la implementación de acciones de carácter preventivo. En algunos

casos, la asignación de turnos programados con demoras significativas deviene en restricción de la admisión.

Cambios en la práctica médica

El temor al contagio y disposiciones de la autoridad sanitaria constituyeron el disparador de la utilización de *medidas de bioseguridad*. El autocuidado del personal de salud y el riesgo de infecciones intrahospitalarias se convirtió en una exigencia—más teórica que real—para sus prácticas cotidianas. Reclamos de provisión de elementos descartables, equipamiento adecuado y capacitación configuran la primera etapa, en la que dichas normas se implementaron para casos de VIH+. Con posterioridad, el incremento de pacientes y la mejor formación hacen extensivo el uso de la normativa aunque su práctica es irregular.

Señalan que la dificultad en la aplicación obedece a la *irregular provisión de materiales, falta de conciencia, exceso de confianza en el manejo de los pacientes y trabajo intensivo*. Sólo 2 de cada 10 estiman que no hay dificultades con la práctica cotidiana. Se considera que hay conocimiento de las normas de prevención pero no de su aplicación universal ya que persiste el reclamo de conocer cuál es la serología del paciente como argumento para incrementar el autocuidado. Incluso algunos aspiran a la supresión del consentimiento informado.

El trabajo de “trinchera” facilita el accidente laboral, producto de: inadecuada infraestructura edilicia y tecnológica, falta y/o deficiente calidad de insumos básicos, incorrecta ecuación pacientes por enfermero, salarios exigüos, extensión de la jornada laboral de enfermeros.¹⁷ De todos los factores consignados, se destaca la excesiva cantidad de pacientes. El enfermero y el médico residente son los más afectados por su mayor contacto con el paciente y la menor capacitación recibida aunque los testimonios consignan problemas de salud entre el personal por la tensión que produciría la atención de la enfermedad.

Los re-encapuchamientos de agujas y cortaduras con bisturíes usados son los accidentes de trabajo más frecuentes. No existe información adecuada ni sistematización de criterios a seguir en caso de producirse.¹⁸

Los entrevistados reconocen que a comienzos de los 90 fue intensa la capacitación relacionada a la incorporación de normas de bioseguridad y que se realizaron cursos relativos a la atención del paciente. En la actualidad se han vuelto esporádicos o inexistentes pasando a depender de la iniciativa individual. El 46% de los encuestados considera necesaria la capacitación en bioseguridad; un 16% requiere actualización biomédica y un 9% está interesado en formarse en lo relacionado con el abordaje y el vínculo con el paciente.

La *relación médico-paciente* experimentó transformaciones sustanciales. En un principio, el desconocimiento de la enfermedad cuestionó la capacidad de diagnóstico del médico. La falta de respuesta adecuada objetó otro componente de su rol: dar un tratamiento eficaz. En la actualidad, el uso de recursos diagnósticos y terapéuticos, la reducción de enfermedades oportunistas y de las internaciones y la mejor calidad de vida de los pacientes, posibilitan una restauración de su figura.

La mayoría reconoce un cambio positivo en el trato hacia los pacientes VIH+. En líneas generales, no existe discriminación aunque de modo circunscripto persisten resistencias entre los profesionales con menor contacto.

El 70% de la muestra indica que la patología ocupa entre el 1º y 2º lugar respecto a los problemas de salud que más le interesan. La mayor valorización del tema se presenta en H1; la menor en H3.

Coordinación entre los servicios

El proceso de atención del VIH/SIDA requirió la reorganización de los servicios de infectología y la incorporación de otras especialidades. La presencia de psicólogos y trabajadores sociales constituye una modificación en la práctica médica y se diferencia claramente de la organización y modalidad de atención de otras patologías. Ello redundó en una mayor productividad, menor desgaste laboral y mayor satisfacción personal y profesional.¹⁹ En otros casos, la reorganización de la asistencia se estructuró a través de contactos personales y/o alianzas “políticas” con profesionales de otros sectores. Se desarrollaron modalidades de atención no habituales como el *hospital de día* o se impulsan novedosas como la atención domiciliaria. En estado de sistematización inicial, se realizan acciones de consejería.

La sistematización lograda en el *manejo de pacientes* ambulatorios no se extiende en los hospitales generales al área de internación, presentándose dificultades de articulación entre el servicio especializado, que no posee sala propia, y Clínica médica. Salvo en H1, esta situación ocasiona conflictos o recelo entre los profesionales. Las derivaciones se orientan a través de contactos personales dentro o hacia fuera del hospital y predomina la interconsulta como modalidad de articulación. En los relatos, el trabajo “interdisciplinario” se asocia con dichas derivaciones.

Excepto en H1 y H5, los entrevistados señalan la inexistencia de instancias de coordinación y/o supervisión a nivel institucional, en el marco de una planificación global y reconocen un funcionamiento limitado de los Comités de infecciosas.

Nuevos tratamientos y estudios de carga viral

Se reconocen cambios cualitativos en el estado de salud de los pacientes y una mayor aceptación de los antirretrovirales en comparación con la oposición al AZT.

Sólo el 16% no observa dificultades en el cumplimiento de los nuevos tratamientos. La primera causa de “incumplimiento” se centra en *problemas de adherencia* (28%). La *intolerancia a la medicación* preocupa al 14%. Los *problemas económicos* y las *características del sistema* implementado desde el nivel central representan el 12%, respectivamente. El 7% de la muestra afirma no conocer la situación. Acuerdan que la provisión de antirretrovirales por parte del Programa Nacional ha mejorado en el último año, pero señalan que el sistema de entrega y la autorización para carga viral están altamente burocratizados y ocasionan sobrecarga de trabajo para el médico y los trabajadores sociales. En función de las características socioeconómicas de los enfermos, coinciden en que atenta contra la accesibilidad y adherencia a los tratamientos.

Recursos financieros

La fuente de los recursos no experimentó cambios. El hospital se rige básicamente por el presupuesto de la jurisdicción de la que depende.²⁰ Se complementan con la facturación por prestaciones realizadas a las Obras Sociales y con el funcionamiento de una cooperadora que recauda fondos voluntarios y los transfiere a los servicios según pautas fijadas por la Dirección o por relaciones informales. En forma esporádica, se cuenta con distinto tipo de colaboraciones de laboratorios.

El financiamiento de la medicación y estudios por parte del Programa Nacional de SIDA y el de TBC desplazó la presión ejercida sobre el hospital en los primeros años hacia el ámbito gubernamental.

El 88% de los encuestados está de acuerdo en considerar a la patología como una enfermedad crónica y principalmente sostienen que implica un *aumento de gastos y costos* (49%); requiere de *políticas de salud adecuadas* (19%) y ocasiona *problemas de organización sanitaria* (13%).

La significación del VIH/SIDA

Caracterización de los pacientes

Se diferencian dos “tipos” de enfermos:

- demandantes y exigentes—*pacientes ya*²¹—o
- bien sumisos y agradecidos.

En el primer caso, las explicaciones giran en torno a dos tipos de argumentos:

- a) “la impaciencia” es adjudicada a *desórdenes de la conducta—entrega a lo malo—AIV—promiscuidad*²² o
- b) remiten a *problemáticas de marginación social*.

En el segundo, se trata de homosexuales percibidos *con pulsión de vida y cumplidores* en cuidados y tratamientos. Las referencias a las mujeres son escasas; se las representa en tanto embarazada-madre, compañera de adicto, ellas mismas consumidoras o “ligeras”.

El miedo a la enfermedad y la movilización de la angustia de muerte, predominante en las primeras etapas de la pandemia, experimentó un corrimiento hacia el miedo a la agresión del enfermo. Estos sentimientos, todavía presentes en el imaginario, están sin embargo referidos a un enfermo abstracto. En lo concreto, ningún entrevistado relató haber vivido situaciones de agresión y violencia.

Al analizar el “efecto del SIDA” en la sociedad, la mayoría de los médicos y los trabajadores sociales reconoce que la discriminación ha disminuido aunque observan su persistencia en la sociedad global y al interior del hospital. *Por algo será* fue la sentencia que signó ante los primeros casos la significación del padecimiento a través de la culpabilización y el rechazo. El *aumento de la infección en población heterosexual, la extensión de la cobertura por parte de obras sociales y sector privado, el accionar de los*

seropositivos y de los medios de comunicación, junto al *paso del tiempo*, motivarían el menor grado de discriminación. Por el contrario, el personal de enfermería no observa modificaciones.

Los infectólogos, a su vez, consideran que si bien *la respuesta de la sociedad mejoró, el HIV sigue siendo el cuco ... si te contagiás te morís*. Esta opinión se funda en las dificultades que tienen los pacientes para comunicar su situación a la familia y en su trabajo. Acuerdan que el SIDA implicó pensar *en nuevos u ocultos temas* a propósito de la salud, la enfermedad, la sexualidad, los mitos sobre fidelidad y monogamia. Otros señalan el impacto demográfico de la pandemia.

Susceptibilidad hacia la infección

Si bien relativizan la existencia de “grupos de riesgo”, identifican “*factores o conductas*” que posibilitan la transmisión. Este enfoque pareciera no incriminar “colectivos” al focalizar la responsabilidad a nivel del individuo pero subyace una doble culpabilización ya que las personas no son entes aislados; tienen redes de pertenencia con lo cual sigue en pie de modo latente aquella categoría moralizante-discriminadora. Son los jóvenes el grupo etáreo que se percibe como más vulnerable.

El riesgo de la infección se estructura a través de tres ejes semánticos:

- a) lo que la persona “hace” (*no se cuidan; no toman conciencia*);
- b) en determinaciones de tipo biológico (*características biológicas del virus y del huésped*) o psicosociales (*desvalorización; subestima; tendencia a exponerse a situaciones riesgosas; son más negadores*) y
- c) en condicionantes socioculturales, con dos orientaciones:
 1. lo social opera como factor aislado (*falta de educación; no hay buena información*) y
 2. El condicionamiento de las prácticas es estructural: El grado de vulnerabilidad depende de condiciones de vida y trabajo macrosociales que potencian las condiciones de vulnerabilidad (políticas económicas y de salud, género, desnutrición, tuberculosis, etc).

Los “encargados del SIDA”, los trabajadores sociales y los enfermeros subrayan que son fundamentalmente las prácticas de exposición o no al virus lo que hace que algunas personas se infecten y otras no, subrayando el riesgo en la sexualidad. Proponen modalidades que centralmente pasan por el uso del preservativo y el cuidado en la selección de la pareja. En cambio, los médicos de otras especialidades acentúan las determinaciones de tipo biológico o se inclinan por posiciones mixtas—*promiscuidad, adicciones, bisexualidad, virulencia del agente y situación del organismo*—con mayor connotación moral y culpabilización del enfermo.²³

La importancia otorgada a los supuestos “comportamientos de riesgo” junto a etiquetamientos de los pacientes según edad, fisonomía, clase social, vestimenta, “tatuajes”, compañero VIH+, adicción, etc. opera en forma contradictoria: por un lado, como criterio

para indicar las pruebas serológicas en forma más automática y, por otro, como parámetros de selección para propiciar o no el empleo de multiterapias.

Dos visiones simultáneas impregnan el pronóstico sobre la *evolución del SIDA*:

- a) la “pesimista”, ubica su desconfianza en el plano macrosocial y de las políticas públicas: por *las implicancias sexuales; las resistencias culturales existentes; la pobreza y marginalidad creciente; los intereses económicos; la ausencia de programas preventivos eficientes; el peso de la Iglesia;*
- b) la visión “optimista” refiere al plano médico-terapéutico: *mejor medicación; consulta más precoz; se cronifica; se reducen las enfermedades oportunistas; disminuye la mortalidad.* No obstante, algunos infectólogos limitan sus expectativas por las dificultades encontradas en la adherencia a los tratamientos y/o el surgimiento de efectos secundarios a la medicación.

Caracterización de la enfermedad

En la encuesta, se registraron los criterios indicados en el Cuadro 1. En el Cuadro 2, se resumen los perfiles de sentido que revelan los saberes y las connotaciones simbólicas e ideológicas predominantes.

Cuadro 1: Criterios para caracterizar la enfermedad

Criterios utilizados	%	Posición	Sobresale Hospital
a) Caracterización biomédica, según causas, tipo de enfermedad y efectos: ETS, transmisible. Grave.	22	1º	H1
b) Caracterización psicosociocultural, según causas: Vulnerabilidad socioeconómica y/o familiar, edades, comportamientos, etc.	19	2º	H2 H4
c) Caracterización psicosociocultural, según efectos: Discriminación. Cambio de vida.	13	3º	H5 H2
d) Combina criterios biomédicos y psicoculturales.	19	2º	H3
e) Tiene en cuenta el impacto a nivel colectivo: epidemia, salud pública.	13	3º	H1
f) Impacta sobre la práctica médica y el hospital. Desafío médico.	7	4º	H5
g) Refiere a carga afectiva y emocional.	6	4º	--
h) Otros	1	--	--
Total	100	--	--

Cuadro 2: Perfiles de sentido

Ejes semánticos y caracterizaciones predominantes				
	Infectólogos	Médicos No Infectólogos	Enfermeros	Trabajadores Sociales
Verbatim típicos	"Reviste tantas superposiciones de esferas, la sexual; interrelación social, ... al ser humano desde todo punto de vista. Nace en la sociedad, repercute en ella y la ha cambiado en forma radical. Remueve prejuicios, religión, sexualidad, formas de manifestación afectiva".	"Enfermedad que nos invadió a todos... agobiante". "Está diezmando el futuro".	"...el HIV que viene se va maqueando las macanas que hizo anteriormente, hasta que acá cuando llega lo ve sicopatología y ahí es cuando le van a informar que le van a hacer el HIV. Y bueno, después está con el julepe hasta que le dicen que es positivo o negativo, pero ya ellos saben, o se drogaban o tenían sexo, ya ellos saben, más o menos se van dando cuenta".	... Es una característica más de esta población, que les aparece, en donde no hay conciencia eh, de la enfermedad ... no tienen información y, y no, no lo ven tampoco como que sea algo que les pueda pasar. Creo que eso también es general en toda la población, no...
Tipo de enfermedad	Severa. Viral. Crónica. Afecta al sistema inmunológico. ETS. Con graves consecuencias psicológicas. Emergencia de un nuevo tipo de paciente. Dos orientaciones: la mayoría enfatiza el carácter de enfermedad infectocontagiosa, de transmisión sexual. Minoritariamente, se la concibe con una enfermedad inmunológica que tiene al VIH como agente causal y disparador.	Infectocontagiosa. Viral. Terminal. Incurable. Con fuertes implicancias neurológicas. En menor medida, la caracterizan como crónica.	1) Terminal. Incurable 2) Culpabiliza. Avergüenza. Estigmatiza. El temor al contagio se ha desplazado al temor a la agresión, referido a l paciente usuario de drogas.	Enfermedad total: repercute en todos los ámbitos de la vida. Infección nefasta. Produce discriminación.
	Epidemia nueva	Epidemia que crece. En expansión. Explosiva.		
Causas	<i>(Ignorancia, irresponsabilidad, desviación moral)</i> Deriva de prácticas "riesgosas". Como para otras ETS, la sexualidad misma se convierte en factor de riesgo, al estilo del agente casual. Se observa una tensión entre privilegiar la dimensión individual de la responsabilidad o subrayar la influencia de un contexto macrosocial e institucional desfavorable y no protector. Crisis de valores.			Las prácticas de riesgo derivan del contexto económico, político y social; desigualdad de género; desvaloración personal. Crisis cultural. Individualismo.
Susceptibilidad	Al principio, vinculada con homosexualidad. Después con la drogadicción. Ahora, enfermedad de la pobreza.	Muy relacionada con condiciones socioeconómicas.		Pobreza estructural. <i>El que no tiene para comer, no tiene trabajo ... ¿por qué se va a preocupar de esto?</i>
Efectos en la práctica	Cambió preconceptos relacionados con la medicina y la práctica médica. Cuestionó omnipotencia médica, conocimientos y valores. Modificó la RMP. Interesa científicamente. Desafío médico.	Cambió la medicina y la práctica médica. Exigente para el médico: actualización permanente en cuidados, RMP, bioseguridad, efectos secundarios. Obliga a profundizar en la sexualidad; interrogar sobre drogadicción.	<i>Es un trabajo, un trabajo continuo y es un agotamiento y un desgaste ...</i>	Antes, dificultad de contención al paciente y a la familia. Ahora, posibilidad de esperanza y desarrollo de proyectos.
	Requiere tratamiento multidisciplinario.			
	Activa el miedo a la muerte en el equipo de salud.	Si bien con pocas menciones, la referencia a "sidóticos" aparece en los servicios de interconsulta.		Activa el miedo a la muerte en el equipo de salud.

DISCUSIÓN

Sin pretender convertir un diseño exploratorio en uno explicativo, los supuestos de los que partimos operaron como hipótesis.²⁴ Con grado variable, algunos han mostrado su pertinencia; otros se corroboraron parcialmente:²⁵

- 1°. Múltiples testimonios son consistentes con el mismo ya que, en un mismo entrevistado conviven significaciones opuestas correspondientes a creencias de distinto tipo y a otros fenómenos sociales, con connotaciones de estigmatización a quienes tienen formas de vida que se apartan del parámetro cultural de normalidad.²⁶ La lista de “sospechados” ya es extensa. A las famosas *cuatro haches*²⁷ se sumaron las prostitutas, extranjeros, drogadependientes, compañeras de adictos, los que usan aros y/o tatuajes, etc. El reciente énfasis puesto en la “pobreza” como fuente de patología, instala nuevamente el SIDA del lado de la exclusión y la marginalidad.
- 2°. La sinonimia SIDA = muerte no guarda correspondencia con la percepción actual de la totalidad de la muestra, aunque sigue siendo válida entre los enfermeros. Se desplaza el sentido de *muerte inmediata* a enfermedad *terminal* y, entre los infectólogos evoluciona hacia SIDA = pobreza por un lado y, por otro, hacia la caracterización de *crónica*.
- 3° y 4°. De acuerdo a los resultados, ambos supuestos se vinculan. Es llamativo que la mayoría refieran situaciones de rechazo o maltrato de un *alguien* abstracto pero nadie reconozca sus propias contradicciones frente a los pacientes. Cuando esa dificultad es explicitada, concierne al pasado y adjudicada a problemas culturales y de extracción social. Aún así, referencias a *sidóticos*, *promiscuos*, etc., se observan en los relatos de los médicos no infectólogos y en los enfermeros, con escasísimo peso en los trabajadores sociales y médicos especializados que conducen el tratamiento del padecimiento.
- 4°. La persistencia del uso de la categoría *factor de riesgo* asociada a la forma en que se transmite el virus (vía) facilita la adjudicación de *causalidad* a las *prácticas* (promiscuidad, homosexualidad, adicción intravenosa, etc.).

Las condiciones de producción y reproducción social están en general ausentes en la caracterización de la enfermedad. Lo “social” aparece por sus efectos o por considerarla una *enfermedad de la conducta* connotando una apelación racionalista y voluntarista del hombre y una visión descontextualizada y atomizada que homologa la sexualidad y la drogadicción con comportamientos y prácticas puntuales y “aislables”. El padecimiento presenta un campo semántico común con el de las adicciones. En este sentido predomina una concepción moral-punitiva de la enfermedad, amortiguada en los entrevistados que tienen una visión macrosocial del problema.

En síntesis, lo que *distingue* al SIDA en su significación—pero ligado con otras ETS—alude a un componente vinculado con prácticas que culpabilizan al propio afectado. La conducta se constituye en un proceso mórbido en sí misma desdibujándose la presencia del VIH.

En la representación todavía está presente toda esta antigua semántica de la culpa y el castigo aggiornada por el posmodernismo a través de categorías “neutras”, como las de “estilos de vida” o “libertades individuales”. *Descontrol—tentación—transgresión, por sexo y/o droga* configuran el núcleo central de la representación.

El personal de salud, al igual que el resto de la sociedad,²⁸ focaliza la “responsabilidad social” en dos términos que acotan y destacan lo común y prevaleciente a todos ellos:

- a) en forma explícita: la juventud;
- b) en forma subyacente: la noción de descontrol.

La confluencia de ambas coordenadas deriva en la responsabilización a los “jóvenes descontrolados”.

- 5°. Se constató la existencia de obstáculos de accesibilidad funcional-organizativa y dificultades institucionales de asistencia al seropositivo por problemáticas derivadas de las políticas sanitarias y de la coordinación hospitalaria y entre los servicios.
- 6°. Los principales inconvenientes reconocidos respecto del impacto del VIH/SIDA no son totalmente específicos a la atención de esta patología. Evidenció y agudizó problemáticas estructurales de la organización hospitalaria actual.

El reconocimiento de una adecuada provisión de insumos por parte del Programa Nacional ubica, comparativamente, al VIH/SIDA en mejores condiciones que otras patologías que carecen de suministros regulares. Es pertinente preguntarnos aquí si dicho Programa podría cubrir la demanda de la actual población con VIH si ésta se hiciera efectiva.

La enfermedad implicó un desafío médico y científico para los infectólogos. La discusión referida a si el SIDA es una enfermedad que pertenece a su área o debiera ser tratada por otros médicos—dado el compromiso inmunológico y la variedad de patologías oportunistas que manifiesta—es un debate que se estaría dilucidando por la “historia” de la enfermedad pero también por la puja entre servicios y profesionales.

En la actualidad se discute “descentralizar” la atención del sero+ al resto de los servicios a partir del concepto de que cualquier médico puede atender las diferentes patologías asociadas, dejando las específicas para el grupo especializado del hospital.

Esta situación crea tensiones internas: mientras el grupo especializado se “apropia” del tema y de los pacientes; a nivel general, no se desea encarar la atención de los mismos. El propósito del cambio es contrarrestar una modalidad de atención aislada dentro de la estructura general de la institución que favorece la tendencia de los profesionales a transferir la responsabilidad de la atención al mencionado servicio.

La implementación de otras modalidades de atención se propone facilitar el tratamiento de pacientes en forma ambulatoria y ahorrar recursos. No obstante, es también una nueva área de pugna por la apropiación de espacios físicos y simbólicos que favorecen el prestigio, la jerarquización y los subsidios a la investigación.

No obstante, en tanto pertenecientes a una asociación de tipo profesional, en los niveles intermedios los médicos y paramédicos tienen la posibilidad y potencialidad de la propia organización para encarar esta problemática. Una adecuada utilización de la autonomía referida facilitaría la participación del equipo de salud en el logro de otro “contexto” de trabajo, en tanto se predisponga a la negociación y a activar canales de comunicación. El desafío consiste en construir consensos y discutir criterios para efectuar cambios a nivel de las unidades.

El marco general es de insatisfacción y soledad. La mayoría de los entrevistados no enmarca su tarea según criterios definidos por la institución. La permanente tensión-frustración en el manejo de esta patología y las complejidades del trato prolongado con el paciente, debieran ser tenidos en cuenta para el mejoramiento de la calidad de la atención. También para la programación de actividades de contención entre el personal que interviene como forma de prevenir el síndrome *Burnout* aunque—como el *stress*—ésta categorización debe ser tomada críticamente ya que implica medicalizar cuestiones vinculadas al contexto institucional y al proceso de trabajo hospitalario.²⁹

El hospital público tiene importantes carencias y está presionado por tendencias privatizadoras. Sin embargo, ha dado respuesta a la epidemia y continua haciéndolo.

En la actualidad existe un compromiso profesional por parte de algunos sectores que están dispuestos a capacitarse y a proponer alternativas de atención.

Sin plantear que la capacitación per se modifique las representaciones sociales del personal de salud en torno a la sexualidad, el uso de drogas, la juventud, etc., es indudable que el entrenamiento en las distintas interpretaciones con respecto a estas problemáticas brindarían una mayor flexibilidad en su relación con los pacientes. Aportaría a su vez un marco de contención y de inter-relación con sus pares y con otras disciplinas necesario para una mayor calidad no sólo en la atención de los pacientes sino también su propia tarea como trabajadores de la salud.

En definitiva, sería conveniente privilegiar y estimular una perspectiva que se aleje del voluntarismo y que tenga en cuenta que el VIH/SIDA, y más propiamente el proceso de salud-enfermedad-atención es una cuestión colectiva y multisectorial en la cual “lo médico” es sólo uno de sus componentes.

Llama la atención que ante una problemática que ha movilizó a la sociedad civil en una serie de demandas, la presencia del personal de salud, como actor colectivo a través de sus federaciones, asociaciones profesionales u otras formas de vinculación, haya tenido hasta ahora escasa presencia. Resultaría necesario que lleguen a acuerdos mínimos para reclamar al Estado la implementación de programas de prevención primaria y secundaria acordes con la realidad epidemiológica de la patología. La descentralización en la atención del sero+ a niveles de menor complejidad, programas de atención a la drogadependencia; programas intensivos de detección de otras ETS, etc. representan ejemplos de las múltiples propuestas que realizan.

Finalmente, a modo de cierre que quiere ser una invitación al intercambio de puntos de vista y a promover una tarea conjunta, recordemos el señalamiento del Dr. Jonathan Mann quien, en Vancouver reconociera que:

No existe un marco conceptual común y coherente para describir y analizar la naturaliza de los factores sociales básicos y tampoco hay un consenso respecto a la orientación del cambio social que se requiere para reducir la vulnerabilidad al VIH/SIDA. Como resultado, *el enfoque actual es esencialmente táctico y no estratégico*, es una colección de esfuerzos aislados y no un movimiento de salud pública.

Consideramos que los resultados del presente estudio pueden contribuir al diseño de programas de capacitación de los efectores gubernamentales que tengan en cuenta las problemáticas institucionales y la visión de los actores así como a la planificación de nuevas modalidades de atención y prevención de la infección.

REFERENCIAS

- ¹ El Ministerio debe cumplir con esta prestación en virtud de la ley N° 23.798.
- ² De los cuales se destina el 90% al abastecimiento de medicamentos y reactivos y sólo el 10% a la prevención. Aunque, el Proyecto LUSIDA, también perteneciente al Ministerio de Salud y con financiamiento del Banco Mundial y del PNUD, implementa subsidios destinados a la prevención desde 1998.
- ³ Grimberg, M.; Margulies, S. y Wallace, S. (1997) *Construcción social y hegemonía: Representaciones médicas sobre SIDA. Un abordaje antropológico*. En: A. Kornblit: *SIDA y sociedad*, Buenos Aires: Espacio Editorial.
- ⁴ “Por *representación social* entendemos la articulación entre los modos de percibir, categorizar y significar—dar sentido”, en M. Grimberg, op. cit. Las representaciones sociales encuentran su sustento en los discursos ideológicos y científicos dominantes. Son componentes no estructurados de las ideologías.
- ⁵ Biagini, G. y Sánchez, M. (1995) *Actores sociales y SIDA ¿Nuevos Movimientos Sociales? ¿Nuevos Agentes de Salud? Las ONGs y el complejo VIH/SIDA*, pág. 13. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- ⁶ Como Foucault lo ha demostrado, en cada época una enfermedad domina la realidad de la experiencia y estructura las concepciones colectivas.
- ⁷ Pierret, J. (1987) *Significaciones sociales de la enfermedad*. En: *III Taller de Investigación en Ciencias Sociales y Salud*. Buenos Aires: SECyT.
- ⁸ Dussault, G. (1994) *La gestión de los servicios públicos de salud: características y exigencias*, en *Cuadernos Médico Sociales* 68: 29 (Rosario).
- ⁹ Entendemos por *saberes* en un sentido amplio los enunciados de tipo informativo, explicativo, y/o expresivo, con sentido referencial, emotivo, conativo, pático o metalingüístico de origen científico, “vulgar”, religioso, filosófico, político, etc. y que se expresen en forma deliberada o involuntaria. *Saberes* en esta acepción incluye lo que en la literatura se reconoce como “información—conocimientos”, creencias y valores.
- ¹⁰ Este estudio integra una línea de investigación orientada a dar cuenta de los interrogantes que plantea el complejo VIH/SIDA considerando las características y la viabilidad de las respuestas institucionales generadas en la Argentina con especial atención a los planes y programas, legislación, actores sociales implicados, actividades de prevención y tratamiento. Se desarrolla en el marco de las actividades de docencia e investigación de la cátedra de Sociología de la Salud, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. El componente referido a las instituciones hospitalarias ha contado con el apoyo de la OPS.
- ¹¹ Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Programa Nacional de Lucha contra los retrovirus del humano, SIDA y ETS, diciembre 1998.
- ¹² En los encuadres cualitativos, se entiende por *muestra significativa* la elección de unidades de análisis que posibilitan dar cuenta de un sistema de significados y relaciones sociales. Guber, R. (1991) *El salvaje metropolitano*. Buenos Aires: Editorial Legasa..
- ¹³ Datos basados en Dirección de Estadísticas para la Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y de la Dirección de Información Sistematizada, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- ¹⁴ Por problemas de extensión se excluyen aquí otras categorías de análisis: opinión sobre legislación y campañas; propuestas de atención y prevención; modelos de referencia; opinión sobre ONGs y rol del Estado.
- ¹⁵ Actualmente se denomina de esta forma a las condiciones de mayor vulnerabilidad al VIH/SIDA: seropositividad pareja actual o anterior, relaciones sexuales sin protección, contactos con sangre a través de uso de drogas por vía intravenosa, enfermedad o muerte de amigos, etc.

¹⁶ Se registra el regreso de pacientes que después de años de conocer su infección, requieren asistencia dadas las nuevas posibilidades terapéuticas.

¹⁷ No se respeta la legislación relativa a la jornada laboral de enfermeros que atienden infecciosas (seis horas diarias). Es frecuente la extensión de las jornadas por horas extras y/o la doble ocupación.

¹⁸ Debemos destacar la referencia a numerosas infecciones (TBCMR) producidas entre enfermeros del H4 y adjudicadas por los profesionales a la vulnerabilidad por su bajo nivel socio-económico y mala nutrición de los mismos.

¹⁹ Los cambios en la organización de la atención llevaron, minoritariamente, a la delimitación de horarios y/o días de atención para cada integrante; la atención conjunta de profesionales; la división de tareas para la entrega de resultados y realización de tareas de prevención primaria y/o diagnóstico.

²⁰ Entre los aspectos estructurales que generan diferencias entre los cinco hospitales, la pertenencia jurisdiccional incide en las posibilidades de presión y celeridad en la asignación de recursos.

²¹ *Letra cursiva en negrita* son citas textuales de los entrevistados.

²² La categorización *promiscuidad*, de contenido moral, (el SIDA como enfermedad de grupos desviados, "que interpela al peligro de la liberación sexual y de la crisis de los valores de autocontrol sexual," se aplica asimismo, al consumo de sustancias no legales) se destaca en las asociaciones del personal médico aunque muchos de ellos reconocen la relatividad del término. La sexualidad es significada como fuente de "descontrol", igual que las sustancias no legales con notables disparidades: mientras algunos aluden a contactos sexuales múltiples—simultáneos o sucesivos—en otros recibe la clasificación de "conducta promiscua" una relación fuera de la pareja "estable" y de las relaciones monogámicas. Cf. D. Paéz et al. (1991) *SIDA: Imágenes y prevención*. Madrid: Editorial Fundamentos.

²³ Las calificaciones de tipo prescripción-proscripción moralizante (castigo, desviación) así como los sentimientos de temor y rechazo que suscita la enfermedad se expresan con mayor frecuencia en las entrevistas que en la instancia de la encuesta.

²⁴ Los testimonios analizados se dan en un diseño exploratorio y en una muestra significativa. Los resultados no pueden generalizarse al personal de salud que se desempeña en hospitales públicos.

²⁵ Casi todos requieren de la comparación con los datos producidos en los tres estudios que conforman el Proyecto Actores Sociales y SIDA.

²⁶ La relación del SIDA con enfermedades como la lepra y la peste está ampliamente verificada en la literatura y nuestros resultados coinciden con dicha asociación.

²⁷ Homosexuales, haitianos, hemofílicos, heroinómanos.

²⁸ Distintos estudios locales e internacionales en diversos conjuntos sociales arriban a similares conclusiones.

²⁹ Sánchez, M. y Ayala Torales, R. (1998) El Hospital Público y el complejo VIH/SIDA. El caso de Argentina. En A. Méndez Diz et al. (eds.) *Salud y población: cuestiones sociales pendientes*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Coordinación de Investigaciones
División de Salud y Desarrollo Humano
Investigaciones en Salud Pública

DOCUMENTOS TÉCNICOS

PROYECTOS MULTICÉNTRICOS

Actitudes y normas culturales frente a la Violencia en ciudades seleccionadas de América Latina y España (Proyecto ACTIVA)

1. Protocolo del Estudio Multicéntrico: Actitudes y normas culturales frente a la Violencia en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Proyecto ACTIVA
2. Cuestionario y manuales del Estudio Multicéntrico: Actitudes y normas culturales frente a la Violencia en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Proyecto ACTIVA
3. ¿Quién es violento? Factores asociados con comportamientos agresivos en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Proyecto ACTIVA
4. La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Proyecto ACTIVA
5. Base de datos y documentación del Estudio Multicéntrico: Actitudes y normas culturales frente a la Violencia en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Proyecto ACTIVA

Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe (Proyecto SABE)

6. Protocolo del Estudio Multicéntrico: Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Proyecto SABE
7. MINIMENTAL STATE EXAMINATIONS (MMSE) del estudio de demencia en Chile: Análisis estadístico
8. Cuestionario del Estudio Multicéntrico: Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Proyecto SABE

Comparative Gender Analysis of Dietary and Exercise Behavior in the Caribbean: A Framework for Action

21. Protocol of the Multicenter Study
Comparative Gender Analysis of Dietary and Exercise Behavior in the Caribbean:
A Framework for Action

Inequidades en estado de salud, acceso y gasto en atención de salud:
Utilizando datos secundarios para apoyar la toma de decisiones

22. Protocolo del Estudio Multicéntrico

Inequidades en estado de salud, acceso y gasto en atención de salud:
Utilizando datos secundarios para apoyar la toma de decisiones

EQUIDAD Y SALUD EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE (PROYECTO ELAC)

9. Material Living Conditions and Health in the United States, Canada and Western Europe:
Review of Recent Literature and Bibliography

19. Desigualdades de salud en función de las condiciones de vida:

Análisis de la producción científica en América Latina y el Caribe

31. Equidad y Salud en Centroamérica: Protocolo de un estudio comparativo
entre países del Istmo utilizando fuentes secundarias

32. Bibliografía anotada sobre equidad y salud en Centroamérica

CONCURSOS REGIONALES

Gestión de los Recursos Humanos

10. Implantación de Programas de Calidad Total en servicios de atención primaria
a la salud: Avances y dificultades

11. Recursos Humanos e Trabalho Coletivo em Saúde: A equipe multiprofissional

12. Remuneração e produtividade na fundação hospitalar de Minas Gerais:
A percepção dos trabalhadores e gerentes

Reformas del Sector Salud

13. Oferta y acceso a los servicios de salud en Costa Rica: Estudio basado en un
sistema de información geográfica (GIS)

14. La descentralización de la Salud: El caso de tres municipios colombianos

15. El Programa Salud Básica Para Todos y los Comités Locales de Administración de
Salud: Dos Modelos de Reforma para la Red Periférica. Perú 1994-1996

16. La transferencia de la prestación de Servicios de Salud a los Pobres
del sector público al sector privado: Una evaluación preliminar del
nivel de adecuación a la situación sanitaria y satisfacción de los usuarios

17. A reforma sanitária brasileira: Em busca da equidade

Inversión en Salud y Crecimiento Económico

18. Salud, crecimiento y distribución en Latinoamérica y el Caribe:
Un estudio de determinantes y comportamiento regional y local

Reforma sanitaria en perspectiva histórica en América Latina y el Caribe

30. Revolución social y reforma sanitaria: Cuba en la década de los 60

TEMAS PRIORITARIOS DE SALUD PÚBLICA

20. El hospital público y la representación social del VIH/SIDA
25. Sexual Intimacy among Young Teenagers in Pelotas, Brazil: Achieving Maturity in a Complex World
27. Autonomización hospitalaria y desplazamientos de la demanda de atención: Lima, 1988–1997

SUBVENCIONES PARA TESIS DE POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA

23. Desigualdade na utilização de serviços hospitalares na cidade do Rio de Janeiro, Brasil
24. Análise ecológica da distribuição e contexto socioespacial dos homicídios: Porto Alegre, Brasil, 1996
26. Exposición a plomo ambiental en población infantil de la ciudad de Antofagasta aledaña a acopios de concentrado de este mineral
28. Breastfeeding and Milk Insufficiency in Esmeraldas City, Ecuador: A Biocultural Perspective
29. Indicadores de salud ambiental y desarrollo de acciones preventivas contra la *ascariasis* en comunidades rurales de Caparaó y Alto Caparaó, Minas Gerais, Brasil

Para obtener información u ordenar copias de los documentos,
favor comunicarse a la la siguiente dirección:

Coordinación de Investigaciones / Programa de Subvenciones
División de Salud y Desarrollo Humano
Organización Panamericana de la Salud
525 23rd Street, N.W.
Washington, DC 20037-2895, EUA
Teléfono: (202) 974-3117
Facsimile: (202) 974-3680
Correo electrónico: RGP@paho.org