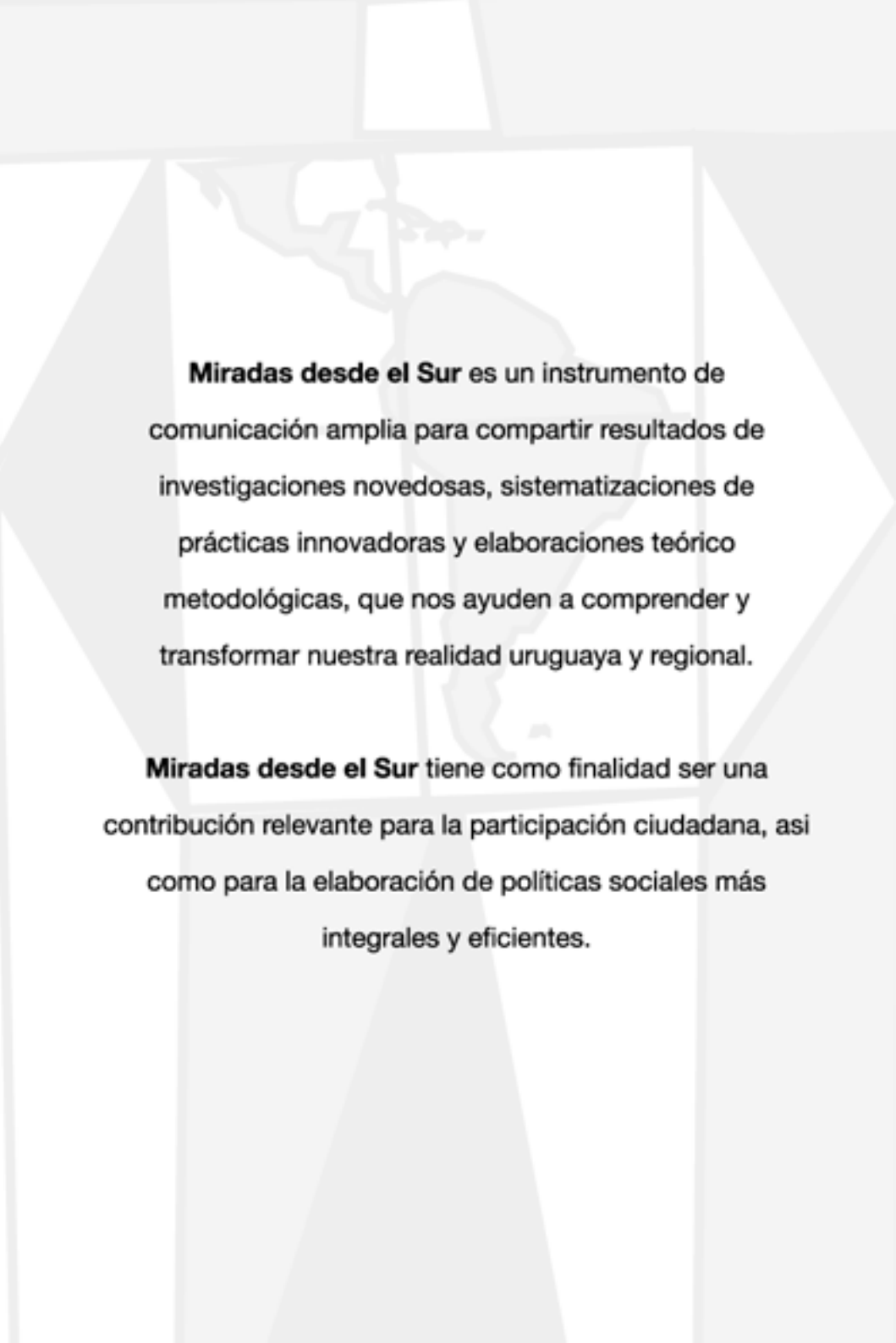




Los profesionales de la salud frente  
a la epidemia del SIDA.

MIRADAS DESDE  
EL SUR



**Miradas desde el Sur** es un instrumento de comunicación amplia para compartir resultados de investigaciones novedosas, sistematizaciones de prácticas innovadoras y elaboraciones teórico metodológicas, que nos ayuden a comprender y transformar nuestra realidad uruguaya y regional.

**Miradas desde el Sur** tiene como finalidad ser una contribución relevante para la participación ciudadana, así como para la elaboración de políticas sociales más integrales y eficientes.



## Los profesionales de la salud frente a la epidemia del SIDA

MIRADAS DESDE  
EL SUR

© INICIATIVA LATINOAMERICANA  
INSTITUTO IDES

Uruguay 1369/101  
Montevideo 11.200 – Uruguay

Telefax: 5982. 9023186  
E-mail: [inlatina@adinet.com.uy](mailto:inlatina@adinet.com.uy)

[www.iniciativalatinoamericana.org](http://www.iniciativalatinoamericana.org)

Producción Gráfica  
**CEBRA** Comunicación Visual  
[www.cebra.com.uy](http://www.cebra.com.uy)

# Los profesionales de la salud frente a la epidemia del SIDA

Presentación

Juan José Meré

El Personal de la Salud y su Trabajo  
con Personas que Viven con VIH-SIDA

Lic. A. Adriana Caceres Orcoyen

Actitudes y percepciones sobre el  
SIDA en técnicos y profesionales  
de la salud en Uruguay

Alfredo Falero



## Presentación

*Juan José Meré \**

Conocer para prevenir sigue siendo uno de los principios fundamentales de la salud colectiva, ya que reafirma la necesidad de la información precisa y oportuna como condición para desarrollar acciones de impacto entorno de una patología. A casi veinte años de la aparición de la epidemia del SIDA en nuestro país, podemos afirmar que la misma conserva su plena vigencia, frente al hecho incontestable del reducido número de investigaciones y estudios que se han desarrollado para abordar las diversas facetas de la infección por el VIH - SIDA en Uruguay.

En nuestras sociedades latinoamericanas, la aparición de la epidemia del SIDA se configuró rápidamente en un "espacio social crítico" - o un fenómeno social total siguiendo a Marcel Mauss - que interpeló todo el conjunto de esferas sociales: las modalidades de atención en salud, los medios de comunicación social, el sistema de educación formal, las relaciones Estado / sociedad civil, la producción y divulgación del conocimiento científico, así como las pautas básicas de convivencia social, se vieron cuestionadas por una enfermedad que va más allá del espacio público. El SIDA sacudió implacablemente también los lugares más íntimos de la privacidad individual, poniendo cada persona de cara a la sexualidad, al relacionamiento con el otro, a la intimidad de su individualidad (Mere, 1999)<sup>1</sup>.

Por lo tanto, a la complejidad de la dinámica epidemiológica se suma la amplitud de los desafíos éticos, psico - sociales, políticos, educativos y bio médicos a la cual estamos confrontados en la lucha contra la epidemia.

Precisamente, creemos que los trabajos de Alfredo Falero y Adriana Cáceres que presentamos a continuación consiguen, desde perspectivas disciplinarias y posiciones teórico metodológicas diversas, dar una respuesta consistente

---

\* Sociólogo (Universidad de Paris X Nanterre e Paris VII Sorbonne Nouvelle), Director de Programas de *Iniciativa Latinoamericana* - INSTITUTO IDES

y novedosa a una de las regiones más desconocidas en nuestro país: los profesionales de la salud confrontados con el VIH - SIDA: médicos, nurses, enfermera/os y técnicos/as.

En el caso de Alfredo Falero, su estudio se enmarca en una iniciativa más amplia ya que forma parte del proyecto "El enfoque de género en la prevención del VIH - SIDA en los técnicos y profesionales de la salud" desarrollado por el Programa Nacional de SIDA del Ministerio de Salud Pública y el Instituto IDES, con el apoyo de la Fondation Internationale sur le SIDA de Francia<sup>2</sup>. La encuesta a casi 400 profesionales de la salud pública y privada fue realizada en el segundo semestre del año 2001.

El trabajo elaborado por Adriana Cáceres es producto de una investigación llevada a cabo desde el Area de Salud de la Facultad de Psicología y que se presenta como doblemente innovadora en el Uruguay. En primer término, por su temática, los efectos psico sociales en los profesionales de la salud del SEIC que estan cotidianamente en primera línea en el cuidado de las personas portadores del VIH - SIDA. En segundo lugar, por el diseño metodológico que emplea una batería de instrumentos como entrevistas, observaciones, Inventários Burnout Maslach y Escalas de Impacto del SIDA.

Ambos artículos tienen, a nuestro parecer, como principal virtud la de basar sus reflexiones en un punto de partida clave: la escucha activa de los propios profesionales, ya sea a través de un cuestionario que integra preguntas abiertas, una entrevista o una escala de actitudes. Ambos refieren a la práctica asistencial cotidiana, donde la sobrecarga, el flujo de demandas, la doble jornada, dibujan un contexto general de crisis que impacta tanto en los gestos y actitudes asistenciales como en las condiciones de vida de cada profesional o técnico. Cáceres y Falero indagan de manera profunda en esta densa realidad y abren varias interrogantes y pistas para el futuro.

En primer término, aún partiendo de muestras estratégicas, generan un cúmulo fundamental de empíria, desde miradas disciplinarias complementarias, que permite profundizar en las percepciones y representaciones sociales, las prácticas y sus interacciones, los sentimientos y los efectos resultantes de la condiciones de trabajo, dibujando un panorama inédito hasta ahora de un universo de miles de profesionales, poco explorado y poco atendido.

Los resultados obtenidos de manera preliminar se muestran consistentes con otras investigaciones de gran envergadura que muestran como las representaciones sobre el SIDA y sobre los propios portadores del VIH - SIDA, aún en profesionales informados y formados, son cercanas a las de la población en general.<sup>3</sup>

En segundo término, los aportes de Cáceres y Falero se sitúan en una perspectiva amplia que plantea "los cuidados para los cuidadores de la salud". Es decir, qué estrategias deberían ponerse en marcha para brindarles un abanico de posibilidades que mejoren la calidad de trabajo y de vida de los profesionales, al mismo tiempo que posibiliten una mejora sustancial en la calidad de la atención: según los datos recogidos, los autores mencionan el acceso fluido a la información actualizada, la implementación de dispositivos de apoyo psico afectivos, la organización sistemática de espacios de capacitación, entre otros.

En tercer término, ofrecen insumos para pensar la salud y el sistema de salud en una perspectiva integral, en tanto refieren tanto a las condiciones de trabajo, la resignificación del papel del cuidador de la salud también como vector de prevención, la capacitación permanente "mas allá de un saber instrumental y de corto plazo" como las percepciones y sentimientos de usuarios portadores de VIH - SIDA y los propios trabajadores.

Así, la epidemia del SIDA considerada como esa compleja trama de profesionales y usuarios, instituciones y personas, "sujetos de deseos" y pautas culturales, condiciones de trabajo y derechos de la persona, a la cual aludíamos en el inicio comienza, con estos dos aportes de Adriana Cáceres y Alfredo Falero, a ser minuciosamente visibilizada, analizada, comprendida, paso necesario para su transformación. Es este el punto de intersección ético y profesional con el proyecto fundamental de *Miradas desde el Sur*.

MONTEVIDEO, DICIEMBRE DE 2002.

---

## Notas

<sup>1</sup> MERÉ, J.J. (1999). "Sexualidade e mudanças de comportamento: uma estratégia lúdica de prevenção de AIDS " In: Heilborn, Maria Luiza, *Sexualidade; o olhar das ciencias sociais*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.

<sup>2</sup> La investigación fue coordinada por Juan José Meré; los encuestadores fueron los psicólogos Ana Buquet, Nancy Berriel y Roque Chiapa y la socióloga Mónica Guchín. La construcción de base de datos y el procesamiento de los mismos estuvo a cargo de Alfredo Falero. Un primer avance del artículo fue presentado en el Seminario Taller Regional "Sistematización e las acciones y estrategias en VIH / SIDA en el Uruguay desde un enfoque cultural" en Marzo del 2002, organizado por el instituto IDES con el apoyo del Sector Cultural de la UNESCO.

<sup>3</sup> Giami, A., Veil, C., *Des infirmiers face au sida*, Les Editions INSERM, Paris, 1994.

# El Personal de la Salud y su Trabajo con Personas que Viven con VIH-SIDA.

Lic. A. Adriana Caceres Orcoyen\*

---

## Introducción

La investigación sobre la que trata el presente artículo se denominó "Síndrome de Burnout y Sistemas Defensivos en Personal de Salud que trabaja con personas portadoras de VIH". Se desarrolló en el Servicio de Enfermedades Infectocontagiosas (SEIC, 2001-2002)<sup>1</sup>, tras la firma de un Acuerdo de Intercambio<sup>2</sup> con Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Su objetivo fue conocer cuales eran los efectos que se producían en los trabajadores de la salud que asisten personas que viven con VIH - SIDA.

Concluida la investigación se ha obtenido el necesario conocimiento para desarrollar estrategias que permitan sin aumentar costos, promover la salud y la calidad del trabajo del personal de salud facilitando al mismo tiempo mejoras en la calidad de atención brindada a los usuarios. Éste enfoque se considera aplicable a otras unidades destinadas a la asistencia a pacientes en estado crítico, crónico y terminal.

---

## Antecedentes

Uruguay, España, Estados Unidos, Australia, Argentina, Inglaterra y Francia son los países donde se hallaron experiencias, bibliografía y/o

---

\* Licenciada en psicología por la Facultad de Psicología - UDELAR. Intérprete de lengua de señas uruguaya. Formada en psicología educacional y en violencia intrafamiliar ha trabajado en escuelas urbanas y rurales. Integra el equipo docente de Talleres de tercer ciclo en Facultad de Psicología. Investigadora responsable (1999 - 2002) de la investigación "Síndrome de Burnout y Sistemas Defensivos en Personal de Salud que Trabaja con Personas Portadoras de VIH" desarrollada en el Area de Salud de la Facultad de Psicología. Actualmente, integra el equipo psicológico de Taller y Clínica Arequita.

investigaciones antecedentes<sup>3</sup> sobre el Síndrome de Burnout y sobre los daños producidos en los trabajadores de la salud por su trabajo en unidades de críticos, crónicos y terminales.

En nuestro país, hasta la fecha, ninguna otra investigación se ha dedicado a estudiar específicamente, el impacto psico - social producido en los profesionales por trabajar en servicios donde se asisten personas afectadas<sup>4</sup> por VIH - SIDA. Existen publicaciones (SMU 1996, García 1987 al 93) que describen experiencias en continentación para grupos de profesionales de la salud en el área de la enfermedad crítica, crónica y terminal.

## **Población y Metodología**

---

Trabajan en el SEIC 100 personas entre personal técnico, administrativo y auxiliar (seguridad y limpieza). Fue necesario excluir al personal de seguridad y a los estudiantes por ser temporarios y rotativos. En las observaciones de la primera etapa se incluyó al equipo de limpieza que al cambiar su staff debió retirarse de la investigación. Las 70 personas que tuvieron posibilidad de participar pertenecían a las áreas de enfermería, medicina de policlínica e internación, administración, nutrición, radiología, psicología, asistencia social, odontología, farmacia y laboratorios.

Se realizaron 50 Observaciones del tipo no participante, en los tres pisos destinados a la organización, también divididas por sectores; 50 entrevistas individuales cualitativas en profundidad y 6 entrevistas grupales cualitativas; 50 registros de datos relevantes individuales; 50 Inventarios Burnout Maslach y 50 Escalas de Impacto del SIDA, 40 devoluciones realizadas entre las 50 personas que respondieron los formularios.<sup>5</sup>

Hacer posible el proceso de investigación ha implicado organizar el trabajo en tres etapas que como se dijo se desarrollaron en todos los turnos y sectores del SEIC, gracias a la colaboración de sus integrantes y a los avales mencionados.

En la primera etapa se describieron las Condiciones y el Medio Ambiente del Trabajo. Registrando los datos en planillas diseñadas a tales efectos para cada organización particular. El informe construido debe ser fundamentalmente descriptivo y su análisis comparativo se constituye como base de comparaciones y conclusiones futuras integrándolo a resultados de análisis de las etapas siguientes.

En la segunda etapa se procedió a la toma de los instrumentos seleccionados adjuntándose un breve cuestionario de registro de datos relevantes individuales que se construyó para el caso. El mismo se solicitó en primer

término. Inmediatamente se aplicó el "Inventario Burnout de Maslach", y a continuación la "Escala de Impacto del SIDA". Se realizaron mayormente aplicaciones individuales y algunas en colectivo.

Tras revisar resultados e hipótesis se comparó con datos provenientes de los equipos que construyeron los instrumentos. Con el análisis, conclusiones y síntesis se elaboraron dos informes sin perjuicio de que muchos datos se reservaron por ser pertinentes para analizarlos en la tercera etapa. Las devoluciones de resultados individuales, también aportan a las conclusiones en todas las temáticas investigadas y en la construcción específica de método y metodología para las investigaciones en personal de salud como lo hacen las conclusiones fundamentalmente de la segunda y la tercera etapas.

La tercera etapa ha implicado describir y analizar los sistemas de defensa del colectivo que los administrativos, técnicos y profesionales del servicio hospitalario emplean para sostener su tarea adecuadamente, sin un desgaste excesivo y dañino para el propio equipo y para los pacientes. Incluye el análisis de como influyen estos sistemas defensivos, en la existencia e incidencia de los procesos de desgaste profesional de los profesionales.

Respecto del análisis, ha sido imposible triangular debido a la escasez de investigadores participantes. Igualmente, el tiempo de proceso, la continua revisión de los hallazgos, su comparación con resultados obtenidos en los otros estudios ya citados y la consistencia entre los resultados de los procedimientos cuantitativos y cualitativos permiten margen de seguridad altamente significativo.

## Marco Teórico

---

### I. Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo.

Las denominadas Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CYMAT: Neffa 1998, Laurell 1984, Dejours 1992, OPS-OMS, OIT) son pasibles de ser descritas en cualquier espacio donde se despliegue trabajo. Son el resultado del proceso de integración de los contenidos del trabajo, la organización del trabajo, los elementos técnicos necesarios y las interrelaciones entre trabajadores necesarias para realizar la tarea en el contexto de la suma de variables provenientes del Medio Ambiente que incluye: Factores Físicos, Químicos, Biológicos y Tecnológicos.

Los elementos integrantes de las CYMAT son heterogéneos e impactan en forma sinérgica sobre el trabajador, según su personalidad previa, su historia

laboral, su inserción actual y sus expectativas de futuro, teniendo así, consecuencias en el desempeño de sus tareas.

El trabajador debe realizar un esfuerzo psíquico, mental y físico para poder adaptarse a los elementos descriptos. La resultante de estos elementos y cargas psíquicas, mentales y físicas se denomina Carga Global del Trabajo e implica exigencias de adaptación y resistencia para los trabajadores. Afirmar esto implica afirmar que la Carga Global del Trabajo no siempre provoca efectos negativos en el trabajador. Es posible reunir ciertas condiciones que signifiquen la satisfacción y la posibilidad de desarrollo de las áreas psíquica, mental y física de los trabajadores.

En suma las CYMAT serían el dinámico escenario donde habrán de analizarse los factores que favorecen y los factores que perjudican la salud física, mental o psíquica de los trabajadores y por consecuencia el desarrollo de las tareas. La eficiencia en la realización de éstas últimas depende concretamente de la buena integración entre la persona y su trabajo. Esta integración es posible tras la construcción de un proceso de adaptación de ambos, en función de la operacionalidad a ser lograda.

## **II. Síndrome de Burnout.**

Freudenberger y Maslach 1974-1977, en Estados Unidos realizaron las primeras conceptualizaciones sobre el síndrome. A partir de allí, investigaciones de diferentes universidades<sup>6</sup>, han dado diferentes perspectivas y relevancias a los diversos factores involucrados en cada dimensión (observables clínicamente) del síndrome de Burnout. Aspecto pasible de ser advertido en el análisis de las concepciones producidas históricamente.

Al integrar una definición es preciso considerar que el Burnout es un síndrome, un conjunto de signos y síntomas producidos como respuesta al estrés laboral crónico. Su desarrollo se va produciendo en forma larvada, con origen y progresión variables. Afecta a las personas cuya actividad implica asistencia a otras personas con continuidad en el tiempo al realizar un esfuerzo emocional sostenido.

Sostener niveles de eficacia y efectividad conlleva un nivel de sobrecarga y por ende un nivel de desgaste altamente significativo. Este síndrome, compromete la calidad, el proceso y el producto del trabajo, en tanto, disminuye la capacidad del trabajador para las relaciones interpersonales con sus compañeros de trabajo y no solo con aquellos a quienes atiende. El trabajador percibe que ha perdido la ilusión por el trabajo, que sus esfuerzos por realizarlo se han vuelto inútiles.

Aparecen sentimientos de agotamiento físico y emocional, frustración, fatiga, malestar, angustia, desesperanza. Sentimientos que progresivamente, pueden convertirse, en frialdad, ansiedad, irritación, hostilidad. Inclusive, en los casos donde se verifica un importante involucramiento personal en las tareas de asistencia, ya que ello implica un alto desgaste emocional.

Puede percibirse rechazo por la tarea y los pacientes, insensibilidad y desvalorización hacia las personas que reciben su trabajo, hacia los compañeros de tareas y hacia sí mismos. El trabajador y las personas de su entorno visualizan que en él disminuye la satisfacción que otrora le producía la tarea y el propio desempeño.

La presencia del síndrome no es incompatible con la presencia de actitudes positivas y productivas para aquellos a quienes se atiende. Pero sí es, una presencia que se expande y progresa, si no es tratada a tiempo y en forma especializada.

Si bien se origina en el trabajo, poco a poco, abarca todas las esferas de la vida de la persona afectada, produciendo diversos trastornos, particularmente en las relaciones vinculares, típicamente en los lazos afectivos cercanos, cotidianos. El síndrome de Burnout desarrollado altera la actitud del afectado hacia "los otros" y hacia sí mismo. No se manifiesta en forma estable o inequívoca en los trabajadores siendo ésta multidiversidad su principal característica y nuestro primer desafío tanto en función del diagnóstico de las estrategias de paliación y de prevención indispensables para mejorar el nivel de calidad laboral y asistencial donde se presenta.

Si bien el síndrome de Burnout, afecta al profesional, esta situación psicológica del trabajador, tiene efectos significativos en la organización donde se desarrolla su trabajo (hospital, academia, sector) en las poblaciones a quienes se brinda el servicio (pacientes, estudiantes) y en los otros, con quienes interactúa el trabajador afectado.

Esta patología deriva de las Condiciones y el Medio Ambiente del Trabajo, no de factores estrictamente individuales del trabajador. Por ello, las estrategias preventivas y de intervención habrán de atender a que las causas se sitúan en las problemáticas de las organizaciones y del medio que ellas producen y no exclusivamente, en los individuos y sus personalidades.

Toda la bibliografía coincide en afirmar que la necesidad de las organizaciones de actuar para prevenirla, proviene de su necesidad de favorecer la calidad de medio y vida laboral que dan a sus empleados y de aumentar la calidad de sus servicios que estos últimos brindan. En particular

en el caso del personal de centros especializados en VIH - SIDA éste factor incidiría directamente en la calidad de la adherencia a los tratamientos que puedan hacer los pacientes.

Para medir su incidencia Maslach y Jackson en University of California han logrado experimentalmente una construcción triangular integrada por las dimensiones del Cansancio Emocional, la Despersonalización y la Realización Personal que ha sido estandarizada al habla hispana en España.

La dimensión del Cansancio Emocional evalúa el deterioro del capital, de la fuerza emocional, de la capacidad de entrega al otro en términos personales y psicológicos. Incluye la percepción habitual de sentimientos de cansancio, desgano, falta de fuerzas y frustración.

La dimensión Despersonalización refiere a la aparición de sentimientos hostiles, negativos o cínicos respecto del paciente. Se establece en un proceso paralelo. Directamente proporcional al tiempo y al grado de exposición al dolor y la enfermedad. Se puede denominar deshumanización e implica una distancia emocional marcada, con el otro, en tanto se inhibe la respuesta afectuosa, empática. En los diversos estudios (Maslach 1997) la Despersonalización aparece relacionada a la experiencia del Cansancio Emocional.

La dimensión Realización (autorrealización personal relacionada a lo laboral) implica la tendencia a evaluarse negativamente respecto de resultados, sentidos y logros personales y profesionales propios.

Todas las investigaciones sostienen la presencia de elementos, descriptos arriba en la definición clínica, que no han podido ser escalables y que deben ser valorados exclusivamente por un clínico entrenado a la hora del diagnóstico individual.

### **III. Impacto del SIDA en el personal de la salud.**

Han sido escasas las investigaciones específicas a pesar de que la mayor parte de la bibliografía sobre el SIDA comenta las reacciones y las necesidades especiales de entrenamiento e instrumental que requiere el personal de unidades especializadas en la atención de personas afectadas por el VIH-SIDA. Los trabajos más importantes son de Sherr (1992) en Inglaterra y de Bennett (1990-96) en Australia. Allí un equipo de investigación de la University of Sydney logró un instrumento para evaluar la incidencia de lo que se denomina "Impacto del SIDA" sobre el personal de la salud. Este instrumento incluye cinco escalas correspondientes cada una a una dimensión compleja: Afiliación, Estigma, Identificación, Sufrimiento-Impotencia-Miedo, Retribución.

La disposición positiva a los afectados por parte de los profesionales y a éstos últimos por parte de sus colegas y amigos por su trabajo en el área del VIH implica una actitud psicológica de aceptación, recepción y escucha. Su alta existencia valorizada cultural y socialmente en forma positiva amortigua el daño causado por la exposición a los contenidos dolorosos del trabajo.

La presencia de estigma, discriminación o rechazo social sobre los trabajadores de la salud vinculados laboralmente con el cuidado de personas portadoras de VIH produce efectos negativos y disminuye la calidad del trabajo del profesional. Este factor tiene importancia en las instancias de elección y continuación de la relación laboral en el área del VIH - SIDA, e influye en el clima del trabajo al determinar características de las interrelaciones internas y externas en los integrantes de la organización en su conjunto.

La capacidad de los integrantes del equipo para identificarse con aspectos diferentes a la condición de portadores de los usuarios y de poseer sentimientos de responsabilidad y pericia en las acciones de apoyarles en la experiencia de vivir con la enfermedad al facilitar la empatía del trabajador con los pacientes, aumenta su satisfacción por su tarea, sus posibilidades de continuar interesado en ellas y de apreciar su utilidad. Sin embargo es imprescindible la existencia conjunta de una buena elaboración afectiva por parte del trabajador de las experiencias de separaciones y muertes, así como de los límites del rol profesional, tanto, como contar con los instrumentos y conocimientos para ejercer sus tareas efectivamente.

Los sentimientos de dolor, impotencia, miedo que se producen alguna vez en todos los trabajadores se dan a causa de la exposición constante a los contenidos de éste trabajo los cuales implican la enfermedad, deterioro y muerte de sus pacientes, mayormente personas en edades productivas, jóvenes en habitual situación de desinserción con las complicaciones que ello apareja al tratamiento concreto y a la adherencia al mismo, las características y circunstancias de su infección y la evolución de la misma, la ausencia de una cura, los límites del saber y del poder profesionales constituyen un factor de impacto al profesional. Si se mantienen los sentimientos de impotencia ésta es vivida en forma inhabilitante y dañina sobre el sí mismo, cuanto mayor sea la ausencia de posibilidades o competencia para dar una respuesta a la situación que se presenta. Mantener baja la percepción de estos sentimientos de miedo y de impotencia es imprescindible para evitar el desgaste del trabajador. Se logra fundamentalmente con continentación psico - afectiva adecuada, con altos niveles de formación en la especificidad, en las técnicas y los tratamientos disponibles así como clara conciencia de los límites de los mismos. La elaboración personal de su propia actitud frente a la muerte, a la enfermedad y al deterioro es de la mayor importancia.

El recibimiento de una retribución significativa sea económica o de otra naturaleza mitiga los efectos negativos del trabajo, aumenta la satisfacción y el valor del trabajo aumentando las posibilidades de continuarlo sosteniendo. Las retribuciones más valoradas por los profesionales según llegan al punto de saturación<sup>7</sup> se hallan en primer lugar los éxitos terapéuticos como curas improbables o difíciles, los hallazgos científicos, las promociones profesionales, la adherencia de los pacientes a las técnicas y tratamientos descriptos y las muestras privadas y públicas de reconocimiento de los pacientes o sus familiares. En muchos casos la adherencia a los tratamientos se percibe como un reconocimiento al saber o al buen manejo del técnico con los pacientes.

#### **IV. Sistemas Colectivos de Defensa en la Organización del Trabajo.**

##### *Sistemas de Defensa.*

Desde hace más de treinta años en el ámbito de la psicología se distinguen diferentes sistemas denominados de Defensa.

Antes, se conocían -y significaron el inicio de una serie de revoluciones capaces de organizar el origen y el auge del conocimiento psicológico en el mundo- los mecanismos de defensa.

La evolución del conocimiento en la materia, se produjo con la exploración, la inclusión y la práctica de nuevas conceptualizaciones. Así, el campo social fue poblado de conceptos y prácticas en ciencias humanas que ampliaron sus posibilidades de análisis y comprensión.

Se ha vuelto indiscutible que coexisten defensas propias de los individuos y otras desplegadas en los grupos.

Cuando hablamos de mecanismos de defensa nos referimos al abanico posible de estrategias inconscientes, que son empleadas por cada sujeto, para defenderse de peligros provenientes de conflictos intrapsíquicos de naturaleza mental. Pudiendo ser el objeto fuente del mismo: a) real-externo o b) real-interno: fantaseado/imaginado/temido.

Si bien en la organización y constitución de dichos aspectos intrapsíquicos hay fundamentales elementos de carácter extra-psíquico, relacional, contextual, del ser en formación; hay diferencias substanciales entre ellos y los sistemas colectivos de defensa de las organizaciones.

Cuando hablamos de Sistemas Colectivos de Defensa nos referimos a un conjunto estructurado, coherente, interrelacionado de ideas, pensamientos, creencias, convicciones, y explicaciones, estructurado por

los trabajadores, en la cotidianeidad del trabajo para luchar contra el miedo y las formas del sufrimiento que se producen al desarrollar su actividad.

Estos Sistemas de Defensa de los colectivos u organizaciones del Trabajo, tienen la característica de ser siempre elaborados por un grupo, por el conjunto de integrantes de una organización. A diferencia de los mecanismos defensivos conocidos habitualmente en psicología, los que son individuales, de locación intrapsíquica y origen intersubjetivo, producto de la calidad y los contenidos de las primeras relaciones vinculares del infante.

Los Sistemas Colectivos de Defensa tienen tres principales características de funcionamiento: Lógicas Rigurosas de Funcionamiento, Valorización del Discurso Heroico y Prohibición de Ciertos Comportamientos.

#### *Ideologías Defensivas.*

Cuando los Sistemas Colectivos de Defensa, se constituyen base de un sistema de valores propios de la organización, promueven la defensa como un fin en sí mismo.

Hay una búsqueda activa del mantenimiento de dicha defensa por el colectivo de trabajo. Ésta es la denominada Ideología Defensiva. Un medio indispensable para realizar el trabajo. La Ideología Defensiva del Oficio es un sistema de defensa que opera protegiendo al sujeto contra la angustia y la insatisfacción producto de las Cymat.

Los Sistemas Colectivos de Defensa y la Ideología Defensiva son sistemas siempre específicos a la naturaleza del riesgo real en tanto se producen como resultante de un riesgo que es también producido circunscripto a las condiciones y medio ambiente del trabajo y a las características de las relaciones de la población (compañeros de trabajo) que participa en su elaboración y en su mantenimiento.

La defensa es un producto necesario y aparece, a fin de combatir el sufrimiento mental, producido en la organización del trabajo. Es necesaria para continuar con un trabajo que produce sufrimiento, por ello se la busca, se la convierte en un valor, se la emplea y se la oculta, a fin de ocultar el sufrimiento.

La Ideología para ser operativa, para funcionar, para existir, debe contar con la adherencia de todo el personal. Así se mantiene. En las organizaciones los conflictos se producen con violencia, cuando se producen rompimientos en la hegemonía necesaria para evitar la aparición y la visualización de angustia y de ansiedad.

Ésta Ideología se constituye en única realidad posible para continuar con las tareas, en la cultura del oficio, en los secretos que vuelven posible continuar trabajando allí. Máxime cuando son los propios trabajadores los que organizan, deciden sobre la organización de su trabajo.

Desde la organización de la presente línea de investigación, planteamos que es a través de éstos sistemas colectivos de defensa que los trabajadores pueden eliminar el impacto emocional producido por su trabajo y continuar su actividad. Continuar por tanto con la exposición a aquellos factores de su medio que imponen causas de sufrimiento.

Estos conjuntos de creencias son capaces de eliminar la angustia producida por la exposición del trabajo, protegiendo al trabajador. Son defensas funcionales a la productividad del equipo de trabajo ya que la productividad del trabajador disminuye si la angustia aflora.

Los trabajadores al adaptarse a la organización donde trabajan, se adaptan a las creencias colectivas del conjunto de la organización, las incorporan como propias. Caso contrario el trabajador o no se integra y se produce una marginalización auto y/o hetero-impuesta en el sistema social de la organización, o se produce la expulsión, en ocasiones disfrazada de incumplimientos y fallas que no son mas que productos de la marginación antedicha.

---

## Resultados Obtenidos

---

### I. Resultados sobre Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo.

El trabajo de descripción y análisis de las CYMAT implica subdividir la Organización según áreas y/o funciones, máxime en una organización de la complejidad de un servicio hospitalario cual el presente. Cada una de estas áreas implica variaciones en los diversos elementos que componen las CYMAT y produce efectos diferentes: cargas y sobrecargas de diversa magnitud en todos los trabajadores de la organización hospitalaria en los trabajadores, con las consiguientes consecuencias en las personas que reciben los servicios.

Para organizar las conclusiones derivadas de dicho análisis construimos la categorización siguiente:

- a) Factores que no generan sobrecarga para los trabajadores.
- b) Factores que si generan sobrecarga para los trabajadores.
- c) Factores que implican un grado muy importante de sobrecarga para los trabajadores.

**a) Factores que no generan sobrecarga.**

Los aspectos de mayor importancia a resaltar entre aquellos que no producen sobrecarga en el personal, son:

- La alta formación profesional, la experiencia, la formación continua de alta calidad, adquiridas trabajando en el propio servicio posibilitan que cada trabajador y cada equipo, perciban seguro y posible el trabajo en organizaciones donde sean éstos las condiciones, el medio ambiente y los contenidos del trabajo cotidiano. Dadas las características de la infección por VIH, ello les permite perspectivas de desarrollo profesional y autonomía y por ende posibilidades de incidir sobre los ritmos, organización e impacto de su trabajo así cual sobre su desarrollo personal y profesional. Factores capaces de generar satisfacción y salud en el trabajo.
- La suficiencia de materiales para la seguridad personal de los trabajadores impacta muy positivamente en ellos y en los pacientes<sup>8</sup>, al disminuir los riesgos de transmisión intrahospitalaria de todas las posibles infecciones disminuye el monto de tensión emocional en que se vive y trabaja a cotidiano.
- El mantenimiento de un bajo nivel de riesgo en los factores Tecnológicos, Físicos o Químicos del Medio Ambiente del Trabajo requiere tareas de mantenimiento importantes pero permite un alivio significativo en el monto de tensión laboral cotidiana.
- El estado de la infraestructura, temperatura, luz, espacio, privacidad, capacidad locativa para pacientes y funcionarios, higiene, materiales. Las mejoras producidas en los últimos tres años son calificadas en todas las entrevistas como muy positivas.

**b) Factores que generan sobrecarga.**

Los factores que producen sobrecarga en el trabajo del personal son:

- La escasez percibida en los recursos existentes para atención de pacientes que compromete la posibilidad misma de brindar la asistencia acorde a los conocimientos y la experiencia que se posee.
- El riesgo biológico y el temor al riesgo, sea éste para la salud física, emocional o psíquica, la exposición a un daño posible, dada en el Seic porque la contaminación de los ambientes por virus y bacterias es una posibilidad cotidiana, conocida por el personal y que conlleva la exigencia de ser siempre concientes de dicho riesgo. La actitud frente a dichos riesgos marca la actitud tomada para con las medidas de bioseguridad acordes.

- El desarrollo de tareas rutinarias, con alto grado de dependencia sin posibilidades de desarrollo, disminuyen el nivel de gratificación, motivación como la eficacia y la eficiencia. Se observa fundamentalmente en el sector administrativo pero pueden ser observadas cuando se estaca la posibilidad de desarrollo profesional o personal en personas con alta formación, miras, ideales, expectativas, capacidades y/o competencias.

**c) Factores que generan un grado muy importante de sobrecarga.**

- Las etapas de transición o situaciones de inestabilidad e incertidumbre que y producen inseguridad en el personal por los puestos de trabajo y por el futuro profesional tal como se observó a punto de partida de la resolución Ministerial (2000) de asimilar -progresivamente- el Servicio de Enfermedades Infectocontagiosas a la órbita del Hospital Pasteur.
- Las disminuciones bruscas en la satisfacción profesional y personal producida por el trabajo, disminuyen las posibilidades de compromiso entre la persona, su tarea y la organización donde trabaja, así como con la organización responsable de la modificación al alterarse la habitual organización del trabajo y su normal desarrollo imposibilitando su mejora y comprometiendo, por tanto, la calidad de la atención brindada.
- Los recortes sistemáticos de salarios y retribuciones varias compromete en el caso del personal del Seic, el sostén de una calidad de vida digna a punto de partida de desarrollar estas tareas. Es por esta razón que los encuestados coinciden en su totalidad en señalar un nivel de satisfacción y de expectativa futura profundamente alicaído con relación a este trabajo a pesar de la alta especialización y experiencia que poseen.
- El aumento de los sentimientos de impotencia, frustración e indefensión a causa de la crisis estructural actual en la salud en el país en tanto elimina la existencia de una reinserción laboral.

**II. Resultados "Inventario Burnout de Maslach".**

En el presente capítulo se sintetizan las conclusiones y resultados significativos, hallados en la población del SEIC en la presente aplicación del instrumento "Inventario Burnout de Maslach".

- Un 35,6 % de trabajadores pondera nivel bajo de Cansancio Emocional CE, un 28,9 % nivel medio y un 35,6 % alto nivel.

- Un 46,7% de trabajadores pondera nivel bajo de Despersonalización DP, un 26,7% nivel medio y un 26,7% alto nivel.
- Un 13,3% de los trabajadores pondera bajo nivel en Realización Personal RP, un 20% nivel medio y un 66% alto nivel.
- Aumentan los índices de desgaste profesional o síndrome de Burnout cuanto mayor es la antigüedad en el SEIC.

Los trabajadores con 2 y menos años en el SEIC, presentan menores índices de Cansancio Emocional (CE x: 16,1) que los trabajadores con más de dos años (CEx: 22,4)

Los trabajadores con 2 y menos años en el SEIC, presentan mayores índices en Realización Personal (RPx:44,8) que los trabajadores con más de dos años (RPx:40,6)

No se presentan diferencias significativas en los índices de Despersonalización. Esta estabilidad probablemente refiera a que la distancia y estilo empleados en la relación con el paciente se organizan en los años de formación, mucho antes del inicio laboral- profesional.

- A mayor capacidad de aceptación con los pacientes se ha verificado mayor percepción de satisfacción profesional.
- Los psicólogos y los médicos presentan índices similares en las dimensiones del Cansancio Emocional (x: 14 y x:18) y de la Despersonalización (x: 6 y x:3)
- Los psicólogos ponderan en Realización Personal (x:47,0 sobre total de 48) significativamente más alto que los otros grupos de actividad. Éste hallazgo es consistente con la valorada representación de sus prácticas en la institución y con la presencia de formación específica en el manejo del impacto personal de las tareas de asistencia.
- En Nutrición, Rayos y Asistencia social se pondera mayor distancia afectiva (DP x: 5,6) con los pacientes que en médicos (DP x: 3,0). Los niveles que presentan en cansancio emocional (x: 17,4 vs. x:18,6) y en realización personal (x: 43,8 vs. x:41,9) son similares para ambos grupos.
- Nutrición, Rayos y Asistencia social presentan la mitad del Cansancio Emocional y de la Despersonalización que enfermería (CEx:30,0 y DPx:9,7) y presentan mayor Realización que los enfermeros(x:41,6).
- En el grupo de Farmacia se pondera en despersonalización (x:3,6) símil media que en médicos y menos de la mitad de la media de enfermería.

Entre los integrantes del equipo de Farmacia, se halla más alta realización ( $x:43,0$ ) que entre médicos y enfermeros, posiblemente por estar expuestos a menores y menos intensas exigencias y frustraciones en su trabajo.

- No se verifican diferencias estadísticamente significativas según el género: hombres y mujeres muestran una similar incidencia del síndrome de Burnout. En comparación con muestras de otras poblaciones los resultados son inconsistentes (Maslach, 1997) es posible hipotetizar<sup>10</sup> que influyen las diferencias cultural, económica, social y política de las diferentes poblaciones estudiadas.

### III. Resultados "Escala de Impacto del sida".

En el presente capítulo se sintetizan las conclusiones y resultados significativos, hallados en la presente población en ésta aplicación.

- Un 26,7% pondera niveles bajos, un 62,2% niveles medios y un 11,1 niveles altos en la escala de Afiliación con los pacientes.
- Un 22,2% pondera bajo nivel, un 62,2% un nivel medio y un 15,6 un nivel alto de percepción de Estigma o Discriminación a causa de su trabajo.
- Un 15,6% pondera bajo nivel, un 71,1% un nivel medio y un 13,3% un alto nivel de Identificación con los pacientes.
- Un 11,1% pondera bajo nivel, un 75,6% un nivel medio y un 13,3% un nivel alto en la percepción de Sufrimiento, Impotencia y Miedo a causa de su trabajo.
- Un 17,8% pondera bajo nivel, un 68,9% pondera en nivel medio y un 13,3% en nivel alto en la retribución percibida a causa de su trabajo.
- Los sentimientos de Sufrimiento y de Impotencia son mayores ( $X.25,3$ ) en los trabajadores con 2 y menos años en el Seic que en los trabajadores con 2 y mas años ( $x:21,6$ ) en el Seic. Resultados acordes a que los dos primeros años son de adaptación y adquisición de los sistemas e ideologías del colectivo que sostienen el trabajo.
- Los administrativos desarrollan más y más intensos sentimientos de sufrimiento y de impotencia ( $x: 25,66$ ) que los enfermeros ( $x: 21,75$ ) y que psicólogos y médicos ( $x: 20,0$ ) frente al sufrimiento, la enfermedad o la muerte de las personas que se asisten en el servicio. Entendemos que se debe a que no cuentan con herramientas para

asistirlos y resolver sus problemas, ni tampoco poseen una organización ideológica que les sostenga en la necesidad de minimizar o eliminar la angustia, tienen menor nivel cultural y social lo que les provee de menores recursos para hacer frente a exigencias tan altas. Estas conclusiones son concordantes con expresiones verbales y latentes presentes en las entrevistas y las observaciones realizadas<sup>11</sup>.

- Se observa una tendencia leve a que aumente la percepción de estigma por el desarrollo de estas tareas, entre los trabajadores con más de dos años en el servicio, respecto de los que están hace 2 y menos años (x: 10,06 vs. x: 8,3)
- Se presenta una diferencia significativa en la percepción de Estigma por la tarea en que se desempeñan al comparar las personas con Formación Acorde y las personas con ausencia de Formación Acorde respecto de las actividades que realizan (x:9,25 vs. x:14,00). La Formación implica no solo un acuerdo una afiliación, con el desempeño en el rubro sino una búsqueda activa de rol con dichos contenidos, es así posible poseer niveles menores de impacto a pesar de los contenidos de la tarea.
- A mayor Identificación con los pacientes, mayor percepción de Estigma y Discriminación, mayores niveles de Sufrimiento, miedo e impotencia y mayor percepción de Recompensa Social.
- Los trabajadores relevados manifiestan la selección espontánea entre sus vínculos tanto personales como sociales, en función de la presencia o ausencia de rechazo respecto de su trabajo. Ésta selección oficia cual un regulador, un sistema protector, preventivo un entorno capaz de facilitar el sostén de su tarea y su continuidad o un entorno conflictivo que produce profundo desgaste si se mantiene.
- No se observaron diferencias significativas según el género de los trabajadores del SEIC, en las ponderaciones de esta escala. Es un hallazgo consistente con las muestras australianas (Bennett 1990-92)

#### IV. Resultados del análisis de los Sistemas Colectivos de Defensa.

Decíamos que los Sistemas Colectivos de Defensa son los sistemas de ideas, creencias y actitudes que presentes en los trabajadores les permiten sostener su tarea a pesar de los riesgos que ella implique. En el personal del SEIC hemos observado que estos sistemas de defensa se han consolidado como Ideologías de la organización. Básicamente, hemos aislado y descripto dos y las hemos denominado Ideología del Silencio e Ideología del Saber. La génesis y posibilidad de desarrollo de ellas se implica de su fuerte

interrelación con las prácticas de la organización. Si bien desarrollarles aquí en extenso es imposible, proponemos una síntesis lo más clara posible.

Los datos presentados a continuación, entonces, son producto de una síntesis del análisis de los discursos de los trabajadores del SEIC. Las negritas en cursiva, se han extraído de las entrevistas realizadas a diferentes trabajadores y se citan a modo ilustrativo.

### **Ideología del Silencio.**

Las personas que se dedican a la atención de la salud tienen temáticas sobre las que no hablan y sobre las que se verifica el establecimiento de un silencio rígido, no se habla de los afectos, de los elementos personales involucrados, de los costos personales de la profesión.

*"Simplemente lo guardas y sigues" "No se habla" de las vivencias, de los recuerdos que provocan/ provocaron sufrimiento en el personal, se sostiene a cotidiano una actitud caracterizada por no hablar del sufrimiento. "y se sigue".*

La producción de acciones tendientes a omitir la presencia del dolor es conjunta, compleja. Ni lineal ni individual. Tiene dos características: ser simultáneas y producirse en el marco de la no explicitación de sus motivos o causas.

El silencio lejos de ser construido por el vacío o la ausencia, se constituye activamente a través de prácticas y concepciones concretas, para evitar el contacto con el sufrimiento.

Desde los inicios de la formación en medicina se fomentan prácticas tendientes a aislar el sufrimiento y el dolor propios, frente al sufrimiento y al dolor del otro que con el paso del tiempo se constituyen en hábitos de trabajo y de pensamiento, teóricamente capaces de suprimir el dolor. A tal punto esto es así, que en la entrevista de un médico se lee *"el sufrimiento no existe", "no es para tanto"*. En el mismo sentido un enfermero/a plantea *"mire como grita por eso, podría ser peor"*, en otras entrevistas se lee *"se lo buscó/buscan", "ellos saben" ... "no se cuidan/cuidaron"*.

Mantener silencio, sostener un conjunto de creencias, de ideas, de prácticas que sancionen la valorización de silencios, produce efectos de negación y de minimización de la experiencia dolorosa propia y del equipo produciendo y justificando la insensibilización progresiva de los integrantes del personal *"con lo que hemos visto"*. Insensibilización que es defensiva, genera un escudo, otra piel frente a los acontecimientos cotidianos. Se obtiene y se procura al negar, desconocer, no hacerse cargo, ni del sufrimiento del

otro, ni del impacto personal, porque ello para el trabajador de la salud es necesario evitar detenerse y vincularse, con la experiencia aguda del dolor/sufrimiento. La absoluta permeabilidad produce una inundación del afecto y daña al rendimiento, al desempeño. Son necesarios importantes procesos de elaboración para mantener niveles de permeabilidad positivos para el profesional y su paciente.

Habitualmente se observa la transformación del dolor y el sufrimiento a través de comentarios graciosos, chistes de diversos tonos, *"una vez en el depósito (de cadáveres, morgue) de x, (donde una puerta separa de una salita donde conversan y descansan los enfermeros) se abrió la puerta y salió uno (supuestamente muerto),... como estaba abierto..., después de eso, cerraron la puerta,... si alguno quiere salir que golpee..."*. O de acciones maníacas u omnipotentes en contrario *"si, yo me quedo solo acá"* (de noche). La angustia por la muerte reeditada en la enfermedad y el sufrimiento, se encubre con gracias y acciones de tono maníaco, conductas compensatorias. En algún caso puntual incluso, es posible pensar si la dedicación a la medicina como despliegue de poder o como opción profesional exclusivamente económica con grados diversos de compromiso personal no tendría que ver también con esto.

En tanto la ausencia de explicitación es una constante del grupo de actividad es posible considerar presentes y activos, procesos de escisión entre causa y manifestación, operativos al desarrollo de la función. No se trata ya de efectos producidos por el trabajo, sino de medios, herramientas, empleadas para evitar la emergencia de elementos que afecten el desempeño, *"simplemente lo guardas y sigues"* Todo el dispositivo del hospital, en tanto las lógicas de funcionamiento de los integrantes de los equipos de salud, implica este sostén: la ausencia de espacio físico y de tiempos de intercambio, la imposibilidad de compartir las experiencias, los valores negativos en términos de valoración profesional que recaen sobre quienes actúan de forma diversa.

*"Está enterrado", "lo tengo enterrado"* lo que no se puede lograr, lo que no se puede hacer vivir, lo que no se puede sostener, se "entierra", se guarda y se sigue. Inevitable asociación entre los cuerpos muertos y el sufrimiento: se entierran y así no se ven *"es parte de la profesión", "lo acepté cuando asumí la profesión"*.

El silencio es un silencio de palabras, de ruidos y también de acciones, para lograrlo *"el secreto es: no involucrarse"* con el sufrimiento del paciente, no vincularse con el paciente y no involucrarse con el sufrimiento propio frente al sufrimiento del otro a fin de responder operativamente para continuar primero en la formación y luego en la profesión, en el trabajo.

En todos los casos “no involucrarse” refiere a un distanciamiento, a un desprendimiento afectivo, una disociación, una división entre la persona (del paciente, del otro) y el paciente “*el paciente es el paciente, ahora la persona, la persona...no...?*” valoración gestual en referencia a los hábitos del otro, a quien como es paciente se le da lo que necesita sin más diálogo, con el paciente no existe el juicio de valor, juicio que existe en referencia a la persona del otro pero fuera de su condición de paciente.

Hay un establecimiento de límites en la recepción / registro / percepción de factores causantes de afectos dolorosos “*me saco la túnica, me voy y lo de acá se queda acá, en la puerta*” “*llego a mi casa y no, no me quedo con eso, así, en la cabeza todo el día, llego a mi casa y soy madre y soy.....éste es mi trabajo.... a veces hablás de algo que te impactó mucho, que pasó, pero lo decís y tá....seguís con otra cosa... no te quedás todo el día con las cosas horribles que ves acá o en los otros lugares donde trabajás*”

Respecto a los efectos de la cotidianeidad de las muertes... “*no, pero yo esto (la angustia, los duelos por los pacientes, afectarse, recuperarse), no lo puedo aceptar... esto (las muertes, el sufrimiento, están implícitos) yo lo asumo con el trabajo (es parte del trabajo)*”.

Hay otros silencios, relacionados a las reglas de juego en las organizaciones de la salud. En la profesión, se elige el trabajo con un cierto nivel de riesgo sobre su propia salud.

En los integrantes que se enferman (depresiones, agresiones, dificultades vinculares, desgaste, trastornos orgánicos inespecíficos) se verifica una ausencia de percepción de la relación existente entre su cotidianidad laboral y las enfermedades que padecen al mismo tiempo que se verifica la presencia de un saber, en todas las entrevistas de enfermeros y algunas de médicos, se plantea que “el trabajo influye” en el humor, los afectos, su mirada del mundo, su salud física y afectiva “*tenemos un tiempo de vida útil*”. Opera una disociación que recuerda la línea del silencio, el mandato implícito de no involucrarse.

“*Amaestrarlo, contenerlo, vivir con él*” es lo que “debe” en términos de mandato implícito hacer el personal con su sufrimiento. Pero así, también son inevitables los efectos sobre el trabajador, efectos descriptos a través del concepto de síndrome de Burnout, que en forma residual, larvada y progresiva, se van acumulando en el trabajador, en el médico, en el enfermero, en todos los que comparten el clima del hospital, en todos los que combaten en estas “trincheras”, en ésta “*zona de vanguardia*” como un médico describió al SEIC.

Cuando un integrante del personal se enferma física o afectivamente, cuando hay accidentes de trabajo, los trabajadores dañados, quedan

literalmente abandonados a su suerte y a sus recursos<sup>12</sup>, se recambian en lo administrativo y quedan en el recuerdo del colectivo como piezas frágiles. Un colectivo, con grados de responsabilidad porque sus características son determinantes en los procesos de salud y enfermedad de sus trabajadores, grados de responsabilidad que las organizaciones de la salud, hoy, no han asumido.

### **Ideología del Saber.**

La racionalización y la sublimación son mecanismos defensivos presentes sistemáticamente cuando se trata con profesionales de la medicina. En psicología entendemos que es gracias a éstas capacidades humanas que las personas pueden emplear su inteligencia a muy largo plazo y así crear y producir ciencia y saber. Conocimientos, experiencia, aparatos, medicaciones, métodos, libros, técnicas, procesos y organizaciones como tecnología. Ella logra avances respecto de la enfermedad pero también cumple otras funciones. Por ejemplo, defiende psicológicamente al personal *"antes firmábamos certificados de defunción todos los días...para un médico...firmar un certificado de defunción...por lo menos yo...nacé para curar gente"* lo defiende del dolor, la impotencia, la frustración que implicaría la muerte de sus pacientes, la ausencia de cura, el daño permanente.

El monto de actividades y producciones científicas son, según entendemos, elementos que señalan la presencia de una necesidad humana de saber y de ganarle a la enfermedad y a la muerte *"ganarle una vida mas al virus"* una necesidad de saber organizada como búsqueda que otorga un sentido al ser en el mundo y que da satisfacción y tranquilidad cuando se obtienen resultados positivos *"fallecían tres o cuatro/ semana ahora cambió la calidad de vida...lo vivías distinto"* *"ahora el trabajo es mas fácil...tenías que venir porque se muere...eso antes era todo el tiempo ahora...tenés de que agarrarte, la medicación, la calidad de vida, eso te permite trabajar otras cosas"* .

Éstos elementos, referencias a la utilidad humanitaria de sus tareas, se han hallado sistemáticamente en el personal médico del SEIC, y en otros integrantes del equipo inclusive administrativos y limpiadores *"a mí me gusta acá, es necesario...ellas (refiere a las compañeras) saben que a mí no me gusta trabajar en oficinas donde están todas tomando té, acá es necesario, se necesita que esté limpio"*

El involucrado necesita tomar distancia del paciente y de su sufrimiento tanto como necesita curarlo y más aún, poder curarlo para *"ganarle una vida más al virus"* ¿para conjurar la muerte, para eliminar la impotencia frente a la muerte? Volcarse al estudio, al análisis, a la investigación, al

aprendizaje implica transformar la angustia de muerte, angustia que tenemos todas las personas frente a la muerte y que manejamos de muy diversas formas, en búsqueda, búsqueda de un saber que cure.

Las muertes, los efectos secundarios negativos y las minusvalías que no se pueden evitar en lugar de alojarse en la no posibilidad o en la impotencia se alojan en la racionalización de esa impotencia... *"son inevitables"* o en la intersección de la razón y un movimiento que es de defensa, de huida o de enfrentamiento: investigar y enseñar, comparar casos, aceptar mas y mas casos: *"no es fácil decirlo... es que estamos escarbando en alguien que se murió (pero)... eso después sirve para otros"*.

*"El médico aprende con sus pacientes", "la diferencia entre un buen clínico y uno malo el número de pacientes que ve"* y éstos son buenos motivos para querer tener la consulta completa de pacientes, para procurar todos los medios para viajar, leer, tener los mejores medicamentos a disposición, las últimas técnicas. *"si deja de aprender, hoy, se queda atrás"* El aprender es saber y el saber es un fin en sí mismo<sup>13</sup>

Uno de los hechos capaces de demostrar prestigio en un profesional es su capacidad de poseer una zona de especialidad donde su saber sea referente *"prestigio,...los que ganan mas (infectólogos) son los que trabajan con sida"* Territorializar un campo y unas prácticas, mantenerse luego allí, son costosos caminos que se entienden necesarios para continuar y aumentar las posibilidades reales de proyección profesional *"en la mutualista me contrataron porque trabajo acá, aunque para (terminar el post grado) me falta"*. De aquí las búsquedas de temáticas específicas donde se posea experiencia que otros no posean, donde se descubra y explore un campo nuevo. Esto significó y significa para muchos profesionales, el trabajo con el VIH - SIDA, sin perjuicio del interés humanitario que pueda estar como origen o base de la opción profesional.

Se hallan en juego representaciones y significados sociales y culturales, búsquedas humanas de reaseguro de la existencia propia y de los descendientes y de pertenencia, pertenencia a un grupo que confirma y devuelve la imagen que cada uno construye o procura construir de sí. Pertenencia a un grupo de pares en el caso de la medicina con saber y poder respecto de la vida y la muerte y específicamente en el caso del VIH/SIDA en el contexto de la praxis de "vanguardia" en tanto es producida por el último virus aparecido y su potencial devastador sobre la humanidad por sus modos de difusión.

Para los integrantes de los equipos de salud, la preparación profesional/ técnica y la experiencia constituyen una base, una preparación mecánica, cognitiva, y también psicológica para la eventualidad del accidente. Ésta

preparación hace posible el mantenimiento activo de la defensa contra la angustia y sus efectos.

En el SEIC, como centro especializado de hecho, por la alta frecuencia de consultas en el tema, se halla una valorización positiva altamente significativa para los integrantes del equipo de salud: el seguimiento extremo y riguroso de las medidas de bioseguridad para evitar accidentes:

*"Acá nos ponemos todo, si, nos ponemos, acá hay virus, sabés que hay, trabajás con sangre que está contaminada." "si no te ponés sos... suicida, loco,..."*

Emplear sistemáticamente medidas de bioseguridad se asocia con el logro de una buena práctica al tiempo que se logra eliminar el riesgo real y por tanto, temor al peligro posible. Consecuencia directa de ello es la eliminación de la angustia, del miedo y la ansiedad. Así también se sostiene la defensa, así se mantiene la ideología, evitando la producción de circunstancias que remitan al peligro.

Existe una clara asociación - en discurso y en prácticas - entre la imagen de excelencia, de profesionalismo y el uso riguroso de medidas universales de bioseguridad. Dicha asociación se verifica en personal técnico y auxiliar con las mismas palabras *"acá nos ponemos todo"* y *"nosotras usamos todo"*, en el caso del personal técnico hay un correlato entre la imagen de profesionalismo y la nominación de Centro de Referencia Nacional para el VIH que aparecería también en todos los integrantes simplemente a través de la conciencia de que allí *"todos los que vienen acá...la mayoría"* son portadores, aunque se sabe que concurren algunas personas por otras infecciones<sup>14</sup>

### **Reflexiones Finales.**

Los profesionales de la salud que trabajan con SIDA están viendo cronificarse los efectos negativos descriptos por desarrollar sus tareas de cuidado de personas. Esto continuará sucediendo a menos que se organice una batería de estrategias que produzcan un marcado descenso de los índices descriptos como resultados del estudio presente. Las mismas podrían implementarse con costos significativamente menores a los producidos por el ausentismo y la ineficacia.

Ésta batería debe planificarse en forma particular a la organización y al contexto en que se esté trabajando. A título meramente ilustrativo, describimos a continuación algunos de los procedimientos básicos con que sería imprescindible contar en una organización como el SEIC -en tanto allí se han desarrollado las etapas de este trabajo - como en otras organizaciones

cuyos contenidos sean dañinos, real o potencialmente, para el personal que allí se desempeña.

En primer término, es necesario el conocimiento de los interesados en la lectura provista por la investigación desarrollada. La información clara, precisa, científica sobre los resultados hallados y sobre las estrategias a gestionarse es fundamental para iniciar una acción paliativa suficiente y para asegurar la atribución del personal de las mejoras resultantes, a la gestión realizada.

En segundo término hay varias modificaciones específicas capaces de generar grandes beneficios con mínimas inversiones, un claro ejemplo lo constituyen los sistemas de trabajo rotativos entre unidades de servicio - no entre turnos - que no implican grandes dificultades administrativas, lo que si implican es un giro de ciento ochenta grados en la propia concepción de la administración de los recursos humanos en salud y por ende en su organización concreta.

En tercer término es necesaria la creación de dos dispositivos articulados de apoyo: uno educativo - formativo y el otro social, médico y psicológico, que permitan ya desde la construcción de sus cometidos como luego en su gestión, la presencia activa de una red de soporte y la elaboración personal o grupal -según se necesite - tanto de aspectos involucrados en las prácticas (subjetividad, sexualidad y otros) como de los constatados efectos negativos.

En cuarto término, es necesario crear un contexto de consecuencias que confirme y refuerce la existencia y los contenidos de los sistemas de defensa del colectivo. El mantenimiento de las ideologías, de los sistemas colectivos defensivos y su funcionamiento óptimo, es posible de ser considerado una estrategia de gran valor paliativo en tanto su funcionamiento óptimo es operativo al desarrollo de las tareas, al evitar la aparición de la angustia.

La envergadura del síndrome de Burnout y de sus efectos sobre cada trabajador puede ser similar aún en trabajadores con diferentes rubros de actividad. Asimismo, impacto sobre el personal de la salud cuando trabaja en unidades de críticos, crónicos y terminales, siempre se produce. Lo que es a la fecha de hoy imprescindible, es focalizar la atención y los recursos, sobre el evaluar, analizar y controlar el nivel de ese impacto y el nivel de los daños/ patologías causados. Y ello porque para los trabajadores en términos singulares, para el conjunto del servicio de salud en tanto organización y para los usuarios, los daños resultantes pueden ser estructurales, profundos y difícilmente recuperables.

BIBLIOGRAFÍA

---

- BAYÉS, R. Sida y Psicología. Madrid, Martínez Roca, 1995.
- BALINT El médico, el paciente y su enfermedad. Bs.As. 1961.
- Seis minutos para el paciente.
- BENNETT, L. et al Aids Impact Scale. Sidney, University of Sydney, 1991.
- The Impact of Working With Hiv/Aids on Health Care Professionals Development of the Aids Impact Scale. Psychology and Health, 1994, Vol 9. Malaysia
- Predictors of dropout and burnout in aids volunteers. Aids Scare, vol 11.
- Longitudinal predictors of burnout in hiv/ aids health professionals. Australian Journals. 1994
- Health Workers and Aids. Harwood Academic Publishers. 1995.
- Selección de artículos. Universidad de Sydney.
- CACERES, A Y COLAB. Informe de la Primer Etapa de Investigación. Mayo 2001.
- Informe de II Etapa. Diciembre 2001.
- Síntesis a Enero 2002.
- Informe de III Etapa. Octubre 2002.
- CÁCERES, A Y WITTKKE, T. Texto del Proyecto de Investigación: "Síndrome de Burnout y Sistemas Colectivos en personal de Salud Trabaja con personas portadoras de vih"
- DE LAS CUEVAS, C. et al Burnout y reactividad al Estrés. Revista de Medicina de la Universidad de Navarra, abril-junio 1997.
- DEJOURS, C Trabajo y Desgaste Mental. Una contribución a la Psicopatología del Trabajo Humanitas, 1992
- EDERY, D. Psicopatología del Sida. Montevideo, Eppal, 1992.
- FAHRER, R. Temas de Psicología Médica. Buenos Aires, 1986.
- GARCIA, A Dificultades y Comprensión de la Situación Médico - Paciente Oncológica. Mdeo. 1987
- Aspectos Psicosociales en el Paciente Neoplásico. Mimeo. 1993.
- GAULEJAC, El Coste de la Excelencia.

- GIL - MONTE Y PEIRÓ Desgaste psíquico en el Trabajo, Ed. Síntesis Madrid.1997
- KAPLAN, SADOCK y GREBB Sinopsis de Psiquiatría. Buenos Aires, Panamericana, 1997.
- LAURELL, C. et al Condiciones de Trabajo. México, Siglo Veintiuno, 1984.
- MARGOLIS, E. y PIAZZA, N. Organización de la Atención Medica en el Uruguay. Mdeo, Nordan, 1986.
- MASLACH, C. y JACKSON, S. MBI. Inventario "Burnout" de Maslach. Madrid, TEA, 1997.
- Burnout and Health. Academic Publishers.University of California.
- Selección de escritos del archivo personal de Maslach.
- MINGOTE,J.C. Síndrome Burnout. Síndrome de Desgaste Profesional. Monografías de Psiquiatría. Madrid, Grupo Aula y Fanapress, Año IX, N°5, set-oct.1997.
- NEFFA,J. ¿Que son las condiciones y el medio ambiente de Trabajo? Propuesta de una nueva perspectiva. Bs. As, Humanitas, 1998.
- O.P.S.-O.M.S. Análisis de las Organizaciones de Salud. Serie Paltex. N° 4.
- P.N.S. M.S.P. Selección Materiales de difusión.
- SESIDA Publicación oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida: IV Congreso Nacional
- sobre el Sida. Valencia 1, 2, 3 Abril 1997.Volumen 8, Número 4, Abril 1997.
- SESIDA Publicación oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida. Volumen 10, N° 2, Feb99.
- SESIDA Volumen 10, Número 3, Marzo 1999.
- S.M.U. Sida y Trabajadores de la Salud. Mdeo. S.M.U.1996.
- SHERR, LORRAINE Grief and Aids. Hospital School of Medicine, London, UK
- Agonía, Muerte y Duelo. Manual Moderno. México, 1992.
- TIZÓN GARCIA, J. Componentes Psicológicos de la Práctica Médica. Una perspectiva desde A.P.S. Barcelona, Masson, 1988.

Notas

---

- <sup>1</sup> Dependencia del Ministerio de Salud (M.S.P) Cita en Edificio del Instituto de Higiene. Navarro 3051. Montevideo. Uruguay.
- <sup>2</sup> Firmado el 16 de mayo 2000 por las direcciones de Fac. Psicología Udelar y de SEIC/MSP con aval de la dirección del Programa Nacional de Sida (P.N.S/ M.S.P)
- <sup>3</sup> Balint , Bayés, Bennett, Gil - Monte, Maslach, OMS - OPS, OIT, SEISIDA, Sherr son los autores mas importantes, ver bibliografía.
- <sup>4</sup> Portadores y no portadores, familiares, hijos, personal adscrito a dichos usuarios.
- <sup>5</sup> 9 de los 10 restantes no quisieron conocer sus resultados y solo en un caso la devolución quedó pendiente por dificultades horarias. Por las características de las entrevistas de devolución éstas fueron consideradas al analizar los resultados de la tercera etapa de investigación, con las reservas de pertinencia y tras informar a los implicados. Se han entregado Informes originales y copias suficientes frente al término de cada etapa, mas un artículo y una síntesis de resultados. Así mismo, en casos particulares, a solicitud se entregó material informativo, de apoyo.
- <sup>6</sup> Maslach 77 al 99, Gil-Monte 91 al 96, Gil-Monte y Peiró 1997, Price y Murphy 1984, Rodríguez - Marín 1995, Mintzberg 1988, Edelwich y Brodsky 1980, Bandura 1987, Farber 1983, Harrison 1983
- <sup>7</sup> El ordenamiento que se presenta es el resultante de las entrevistas en el SEIC, pero las retribuciones mencionadas coinciden con las australianas.
- <sup>8</sup> Uno de los factores mas dañinos para la obtención de adherencia y para el manejo de éstos pacientes es la percepción y angustia por sentimientos de culpa y temor/ terror de transmitir.
- <sup>9</sup> Versión (última) Española, TEA 1997. Madrid
- <sup>10</sup> Como hipótesis que es queda sujeta a ser confirmada.
- <sup>11</sup> Son de significativa diferencia las conductas de aquellos administrativos que son estudiantes universitarios en la salud y de quienes tienen formación profesional en administración, respecto de quienes no tienen formación administrativa vocacional o son redistribuidas desde el sector limpieza.
- <sup>12</sup> por ejemplo, dentro del M.S.P. y aunque se trata de un servicio referente para VIH \_ SIDA, no hay seguro de salud en caso de transmisión accidental.
- <sup>13</sup> Ilustrados en los médicos los factores aquí denominados bajo la Ideología del saber y de la Excelencia, son reconocibles en otros profesionales de la salud. Si bien en la representación social su prestigio es menor, comparten factores planteados y cuando se hallan insertos en centros de salud, también sostienen y reproducen la Ideología porque es funcional a su propia tarea. Son los médicos básicamente quienes derivan pacientes, quienes ofician de modelo de prestigio para otras profesiones tanto en la coincidencia como en el rechazo y quienes detentan un poder aún hegemónico en la organización del trabajo en la salud.
- <sup>14</sup> TBC, Chagas, Hepatitis, Otras.

# Actitudes y percepciones sobre el SIDA en técnicos y profesionales de la salud en Uruguay

Alfredo Falero\*

---

## Introducción

Nunca será superfluo recordar que la enfermedad es un proceso corporal siempre mediado, configurado socialmente. Toda frontera que pueda establecerse entre lo biológico y lo social respecto de una enfermedad, puede ser analítica pero no real. Toda separación rígida entre ambos aspectos no contribuye al conocimiento puesto que, como han venido examinando las ciencias sociales desde hace unas tres décadas, ambos aspectos son parte del mismo proceso, están más profundamente interrelacionados de lo que a priori puede pensarse.

En tal sentido es preciso considerar que las representaciones sociales también construyen y transforman la enfermedad en función de temores, previsiones o expectativas que se generan en su percepción. Y específicamente sobre el HIV - SIDA ya se constata cierta acumulación de conocimientos en tal dirección. No obstante, persisten zonas oscuras ya que debe considerarse que las representaciones sociales en torno al sida varían de una sociedad a otra y en sociedades fragmentadas, cada vez más guetizadas como las actuales, también de un grupo a otro.

Entre las áreas de conocimiento donde se observa poca sistematización de conocimiento está la esfera de como el propio personal de salud, percibe

---

\* Licenciado y Magister en Sociología por la Universidad de la República, Docente e investigador del Dpto. de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales - UDELAR. Autor de numerosos artículos en revistas especializadas en las temáticas de Sociología de la Salud; Sociedad civil y movimientos sociales eltegración regional.

y actúa en su cotidianeidad laboral respecto al HIV - SIDA. En el presente trabajo se pretende profundizar en este ángulo particular del tema, es decir nos ubicamos en el campo problemático del conocimiento de representaciones y actitudes de un vasto espectro de los profesionales de la salud en Uruguay sobre las personas portadoras del virus.

No es novedad alguna que siempre existen condicionamientos sociales en cualquier área de actividad que inficionan a los agentes en su forma de percibir, en su forma de actuar. En tal sentido, el área de la salud no es una excepción y nadie puede señalar que un profesional vinculado a esta actividad actúe solamente mediante el compulsivo cultivo de patrones técnicos específicos. Tampoco es suficiente con señalar los condicionamientos que hacen a la pertenencia a una clase y una sociedad en un contexto de creciente interrelacionamiento global. Profesionales y técnicos de la salud pertenecen también a un campo específico -en el sentido de Bourdieu<sup>1</sup>- es decir una esfera de la vida social que fue cobrando autonomía en torno a relaciones sociales, intereses y recursos propios, diferentes de otros campos.

Un campo supone muchas cosas, por ejemplo relaciones de poder pero también cohesión interna, supone conflictos pero también autorregulación, sugiere en fin inclinaciones a percibir y actuar de una determinada manera. En tal sentido, el análisis que sigue, pretende no quedar restringido al señalamiento de datos estadísticos agregados, de los que se derivan micro tendencias de representaciones y actitudes puntuales del personal de salud con relación al HIV - SIDA. Se inscribe también en la perspectiva de indagar -a partir de lo anterior- algunas disposiciones o inclinaciones de este campo específico que condicionan las representaciones y actitudes sobre la enfermedad. Se coloca, en síntesis, en la perspectiva de ir reconociendo posibilidades futuras de profundización en nudos problemáticos de la temática.

La base estadística la proporciona una encuesta realizada en el segundo semestre del año 2001 que exploró el impacto de la epidemia del HIV - SIDA a nivel laboral, social y personal en los técnicos y profesionales de la salud, tanto del ámbito público, como privado. Formó parte del proyecto "El enfoque de género en la prevención del VIH - SIDA en los técnicos y profesionales de la salud" desarrollado por el Programa Nacional de Sida del MSP y el Instituto IDES, con el apoyo de la Fondation Internationale sur le SIDA de Francia<sup>2</sup>.

En función de recursos disponibles y de posibilidades de acceso, se realizaron 396 entrevistas válidas a técnicos y profesionales de la salud dentro un universo aproximado de 23.000 personas (según dato del MSP). La muestra incluyó centros asistenciales públicos y privados de Montevideo, aunque también se realizaron algunas entrevistas en los hospitales de las ciudades de Salto y Paysandú<sup>3</sup>.

La encuesta tendió a cubrir un espectro de profesionales -no solo médicos- quedando conformada entonces la siguiente distribución: un 17.7 % de enfermeras universitarias, un 39.9 % de auxiliares de enfermería, un 31.8 % de médicos, un 6.3 % de lo que en el trabajo englobamos para simplificar como "área social", es decir psicólogos y asistentes sociales y un 4.3 % de técnicos diversos (nutricionistas, fisioterapeutas, etc.). Se advierte entonces que el mayor peso relativo de los entrevistados está en auxiliares de enfermería con casi un 40 %, seguido por los médicos con casi un 32 % y finalmente por las enfermeras que constituyen casi el 18 %.

En cuanto a otros datos básicos de la muestra, anótese rápidamente que el 75% del total de los encuestados son del sexo femenino; 5 de cada 10 entrevistados pertenecen al tramo de profesionales de mediana edad, o sea entre 30 y 50 años, seguido por los más jóvenes -hasta 30 años- que representan el 29.8 % de los casos. El 52.5 % es casado o vive en unión libre, mientras que un 18% se manifiesta como divorciado o separado.

Es importante señalar que como toda encuesta presenta potencialidades y límites. Entre las primeras está el contar con una base empírica con datos de un importante número de trabajadores de la salud, que nos aproximan a su vez, a un amplio conjunto de actitudes y percepciones especialmente sobre como la enfermedad se integra en la cotidianeidad laboral. En este sentido, dado el importante número de variables consideradas, constituye un insumo importante para exploraciones futuras que se puedan realizar.

En el rubro de las limitaciones para nuestro caso específico, deben establecerse algunos señalamientos sobre el carácter de la muestra. En primer lugar, teniendo presente la focalización geográfica en Montevideo, podemos considerar los resultados obtenidos como bastante representativos de la capital del país pero a lo sumo como aproximativos de lo que puede estar pasando en las áreas urbanas más importantes del interior. Un futuro estudio, requiere por tanto ser más representativo del país en su conjunto, lo que permitiría establecer comparaciones significativas. En segundo lugar, la muestra carece del carácter estratificado deseable y esto inevitablemente hace que la representatividad se reduzca. Aún así, considerando la técnica de investigación en general, puede afirmarse que existe una base importante para sustentar las grandes tendencias que se marcan.

Igualmente debe señalarse que, por más representativos que sean los datos numéricos de una encuesta concreta, siempre constituyen tan solo un ángulo de observación que no permite garantizar por sí mismo una apertura al razonamiento. Por ello un desafío que se presenta hacia el futuro, es reconocer dinamismos subyacentes al campo de la salud respecto al tema.

Por ello reconocemos entre las limitaciones para permitir aquí una mayor profundización, la inexistencia de estudios anteriores de estas

características en Uruguay, que impiden ponderar adecuadamente el grado, el ritmo de transformación que experimentan las formas de pensar, sentir y hacer de una determinada manera con relación a la epidemia entre los trabajadores de la salud. Una de las potencialidades que se abren al comenzar a contar con una herramienta de esta naturaleza, es precisamente la posibilidad de permitir comparaciones en el futuro, una vez que se pueda disponer de nuevos datos.

## **Primera aproximación a percepciones y actitudes en la atención a portadores**

---

Una inicial formulación de la temática hace inevitablemente a la proporción de profesionales que atendieron pacientes HIV - SIDA. Casi un 85 % contestó afirmativamente, lo que en primera instancia -y tal como era previsible- da cuenta de una previsible extensión de la atención de pacientes portadores en los servicios de salud. Y en tanto tránsito a una nueva etapa de generalización del problema, se abre la interrogante sobre actitudes ante la llegada de un paciente de estas características.

En tal sentido, una pregunta específica trataba de indagar en el encuestado sobre la primera reacción en la actualidad cuando se encontraba frente a un paciente portador. Para ello se le abría en la encuesta una serie de posibilidades prefijadas sobre las que debía elegir una. Claramente la mayoría, casi un tercio, se inclina por indicar que se ha acostumbrado a tratar con estos pacientes. Se observa una distribución de respuestas que se aleja en forma manifiesta de la opción de "miedo", que no alcanza el 7 % de las opciones, o el de precaución y cuidado ante el nuevo paciente que (para esta pregunta) llega al 9%.

No obstante, se debe ser cuidadoso en el tratamiento de lo encontrado. Porque por un lado si bien señalar el acostumbramiento, manifestar "es un paciente más", constituye un comentario recurrente, las respuestas a preguntas posteriores, como veremos, no dejan de sugerir que atender un portador supone un conjunto de reacciones contradictorias. Es decir, lejos de la simplificación, como sucede con todo fenómeno social puede haber toda una gradación desde la aceptación e inclusión total hasta la resistencia, la discriminación arbitraria y el rechazo absoluto.

Los datos agregados permiten confirmar que si por un lado se disipa la asociación del paciente portador con visiones de angustia, terror o muerte de la mano de los progresos terapéuticos de los últimos años, y entonces se transita a una etapa nueva, por otro lado los datos, según explicaremos, no dejan de mostrar la subsistencia de actitudes con algunos rasgos de estigmatización sobre el portador en el sentido de Goffman (1993) es decir de una discrepancia entre la identidad virtual y la real de un individuo.

También hablamos de reacciones contradictorias, porque de entre quienes atendieron pacientes portadores (no del total de encuestados), ante la consulta sobre si tal interrelación le generó cambios de práctica en el plano laboral, un 62 % manifiesta que no. Es decir, solo una cuarta parte de entre los consultados que atendieron pacientes con HIV - SIDA indica que introdujo cambio de prácticas en cuanto a medidas de bioseguridad. Mientras tanto, en el ámbito estrictamente personal manifiesta que introdujo cuidados y precauciones a sus prácticas un 20 %.

Considerando el ámbito laboral -que es lo que interesa especialmente en este trabajo- ese porcentaje mayor al 60 % que expresamente indica que no se ajusta a normas de bioseguridad ni percibe la necesidad de hacerlo es de una magnitud a examinar con más detenimiento en el futuro. Obviamente esto no puede pensarse en el sentido reduccionista de violación de normativas impuestas, sino en el sentido práctico que subyace en los trabajadores, es decir en la suposición que no se corre riesgos como profesional como también en la dirección de percibir que no corre riesgos el paciente.

Esta dimensión se reafirma cuando se observa el uso de elementos de protección ante distintos procedimientos asistenciales. De los implementos de bioseguridad posibles a usar según el abanico de procedimientos - guantes, tapabocas, sobretúnicas, lentes- se constata un uso casi exclusivo de guantes para la gran mayoría. Considerando solo los encuestados que realizan el procedimiento, ese porcentaje crece considerablemente. De este modo, tenemos que usa como protección solo guantes un 81 % en el caso de la punción venosa, un 89 % cuando se hacen curaciones, un 85 % en toma de muestras y actividades de higiene genital y anal y hasta un 91 % en el caso de las curaciones.

En suma, de lo anterior se desprende la existencia de prácticas socialmente institucionalizadas que se desvían de las normas de bioseguridad en la cotidianeidad laboral. O tal vez normas que se activan solamente ante la presunción de una condición de portador. Si se considera importante el punto, obviamente surge la necesidad de abordar la temática en un plano más general dentro de las actividades de capacitación.

Agréguese aquí tan solo que en ese marco, hay que considerar que se trata de prácticas arraigadas y esto supone tener en cuenta el contexto laboral como una totalidad y no entenderlo simplemente -insistimos- como la aplicación coercitiva de una serie de normativas. Por ejemplo, parece pertinente considerar las prácticas de bioseguridad en el contexto real de un ejercicio profesional marcado en muchos casos por la sobrecarga y la intensidad de la tarea sin olvidar la no disponibilidad de insumos (especialmente en el sector público).

No debería sorprender a nuestro juicio constatar que más del 80 % de los encuestados responde afirmativamente ante la consulta de si cuando llega un paciente portador al servicio se hacen comentarios. O desde la otra cara de la temática, encontrar que solo un 12 % niega explícitamente que se haga algún tipo de comentarios. De hecho es de suponer que referir a la condición de portador de un paciente como más directamente a la necesidad de tomar medidas de protección (explícitamente lo dice aproximadamente un tercio del total), es una actitud generalizada, arraigada en el personal de salud, dependiente no solamente de la simple percepción que se tenga sobre la enfermedad y su contagio sino de simples procesos de interacción entre trabajadores en el contexto laboral.

Más complejo de abordar es el tema de cuando el propio trabajador de la salud es portador. En tal sentido, se planteó como pregunta la eventualidad de las tareas que podía o no realizar un trabajador de la salud que estuviera en esa condición. Se encontró que un 40% entiende que hay actividades que en esa circunstancia está imposibilitado de hacer, mientras un 50 % postula que puede realizar cualquier actividad. Considérese que estamos al nivel de las actitudes o predisposiciones, no de comportamientos concretos. Entre las limitaciones laborales se señala que no podría realizar particularmente manejo de sangre, punciones, inyectables y en menor escala, maniobras invasivas y tareas quirúrgicas.

Más allá de los fundamentos técnicos que determinan los riesgos para el propio profesional que fuera portador, su entorno y los pacientes, es preciso analizar lo anterior en términos de percepción general sobre el portador. Probablemente sea ésta una de las preguntas que más contradicciones generan, en tanto significa en trazos gruesos no dejar de considerar en la respuesta tanto los derechos laborales del portador como los límites difusos de las actividades que puede marcar razonablemente la prevención en el lugar de trabajo.

Respecto a esto último piénsese por ejemplo la eventual conflictividad que pueden desencadenar en un contexto laboral específico, las dudas en cuanto a tareas concretas teniendo en cuenta que la discriminación socialmente siempre puede encontrar caminos sutiles para, en este caso, ir más allá de lo que una actuación técnicamente segura aconseja.

Otra dimensión importante del problema refiere a la percepción del lugar donde deberían ser atendidos pacientes portadores y enfermos de SIDA, interrogante que se hace con la manifiesta consideración de contar con medidas de bioseguridad adecuadas. Las tres opciones fijas incluían al servicio de enfermedades infectocontagiosas con exclusividad, cualquier unidad o área asistencial o un servicio o área especialidad de cada institución. La suma de las últimas dos opciones revela que un 70 % entiende que no debe haber un lugar exclusivo, un servicio específico donde se

atiendan. De hecho, del total solo un 27 % considera a un servicio único, separado del resto, como la mejor opción.

Para los encuestados, sus actitudes respecto al lugar constituyen sin duda una dimensión menos compleja de abordar que la de la hipótesis de un trabajador de la salud portador, en función de la menor complejidad que rodea el cruce entre lo técnico y lo valorativo. Pero igualmente no deja de ser relevante este proporción en términos de posturas que tienden claramente a no perfilarse como discriminatorias del portador.

Obsérvese que la clasificación es la base de la organización física, espacial y temporal de los centros de atención de salud. Por lo cual si frente al caso específico del paciente HIV - SIDA sólo menos de una tercera parte se inclina por su atención en un reducto específico, puede pensarse en una tendencia a neutralizar progresivamente una dinámica de regulación espacial severa, de registro y separación de portador del resto. Aunque claro está, dentro de los límites siempre presentes en el campo de instituciones de la salud, de control social de los cuerpos en el sentido conocido de Foucault (1988).

Complemento de todo lo anterior, podemos preguntarnos como se manifiesta esta tendencia de acuerdo a la profesión, es decir que distribución puede encontrarse en función de la formación y la consecuente práctica laboral que se tenga.

### Lugar donde deberían ser atendidos los pacientes HIV / SIDA según profesión

		profesión (recodificada)					Total
		enfermera universitaria	auxiliares enfermería	médicos	área social	otros técnicos	
lugar atención hiv	solo serv. infectoc.	10 14,3%	49 31,0%	31 24,6%	7 28,0%	10 58,8%	107 27,0%
	cualquier área	36 51,4%	52 32,9%	49 38,9%	15 60,0%	3 17,6%	155 39,1%
	serv. de cada institución	24 34,3%	51 32,3%	38 30,2%	3 12,0%	4 23,5%	120 30,3%
	otras		3 1,9%	4 3,2%			7 1,8%
	ns/nc		3 1,9%	4 3,2%			7 1,8%
Total		70 100,0%	158 100,0%	126 100,0%	25 100,0%	17 100,0%	396 100,0%

Las profesiones que incluyen un perfil social más claro en su formación, es decir enfermeras universitarias y psicólogos y asistentes sociales (estos últimos comprendidos en lo que llamamos "área social"), tienden a señalar que el lugar de atención sea cualquier unidad o área asistencial. Igualmente ocurre en el caso de los médicos que de todas las opciones, ésta es con un 39 % la que presenta mayor disposición favorable.

Esto nos lleva a preguntarnos si la información y educación más allá de la formación específica, inciden en las ubicaciones de los encuestados. Por ello volveremos sobre la temática del lugar de atención una vez que examinemos todo lo referente a aquellas dimensiones. Antes corresponde ponderar las evidencias encontradas hasta el momento en un análisis de corte más general.

Un primer comentario con una perspectiva global es que se advierte, en ciertas áreas del problema, la generalización de posturas favorables a la inclusión del portador. Para que la comparación facilite nuestra ubicación, podemos seguir por ejemplo al investigador Michel Setbon (2000), para quien la sociedad francesa ha entrado ya en una etapa de “normalización” en la percepción social del tema HIV - SIDA.

Extrapolando la categoría a un contexto de posibilidades de desarrollo social tan diferentes como el de la sociedad uruguaya, la interrogante es si las evidencias disponibles que marcan una apertura en determinadas áreas del problema, pueden hacer sostener que estamos avanzando hacia la cristalización de una percepción social diferente. Y en nuestro caso específico, considerando específicamente a los trabajadores de la salud, parece válido preguntarse si entonces puede caracterizarse el actual escenario como tránsito hacia una etapa de “normalización” de la enfermedad.

## Otros nudos críticos en la visualización del problema

---

**GRUPOS** - En la representación general del problema siguen teniendo gravitación algunos estereotipos. Cuando se observan las percepciones de riesgos de contaminación según grupos sociales, aparece un alto consenso para indicar los homosexuales, adictos y trabajadores sexuales como mayoritariamente expuestos a los riesgos más fuertes. La consecuencia directa es que se toman mayores medidas de bioseguridad con estos grupos de usuarios, reproduciendo estereotipos ante la enfermedad de la sociedad en general.

La contracara de lo anterior es que las respuestas muestran un consenso masivo, casi absoluto en visualizar que mujeres, jóvenes y personas de la tercera edad no tienen mayores riesgos de contaminación. Como consecuencia los profesionales de la salud manifiestan que no toman medidas específicas de cuidado con estos grupos de usuarios. En cuanto a la opción que indicaba la actitud de tomar medidas preventivas ante “pacientes en general”, es apoyada por aproximadamente un quinto del total, lo cual tampoco debe dejar de considerarse en la búsqueda de evidencias en el momento de evaluar cambios, tránsitos siempre contradictorios, en la percepción social.

Como ya se expresó en el informe citado (Meré, Guchín, Falero, 2002), a partir de la aplicación de una escala de riesgo con diferentes grupos, la encuesta muestra una fuerte asociación entre el riesgo de ser portador y los grupos tradicionalmente estigmatizados por sus conductas sociales y sexuales, es decir homosexuales, trabajadores sexuales y adictos. En cambio, la distribución de las respuestas sobre percepción de riesgo de jóvenes y mujeres es muy reducida en las preferencias, lo que advierte de desconocimiento de la epidemiología del HIV - SIDA en Uruguay<sup>4</sup>.

**INFECCIÓN Y SEXO** - Es importante señalar también como es visualizado el riesgo de infección en función del sexo del encuestado. Casi 7 de cada 10 profesionales afirman que hombres y mujeres tienen el mismo riesgo, por lo que no se aprecian las vulnerabilidades específicas para la mujer.

**RIESGO DE INFECCION DE MUJERES SEGUN SEXO DEL ENCUESTADO**

		sexo		Total
		Masculino	Femenino	
riesgo de infección mujeres	igual riesgo	75 75,8%	194 65,3%	269 67,9%
	mayor riesgo	19 19,2%	87 29,3%	106 26,8%
	menor riesgo	5 5,1%	13 4,4%	18 4,5%
	ns/nc		3 1,0%	3 ,8%
Total		99 100,0%	297 100,0%	396 100,0%

Si cruzamos estas respuestas por sexo los porcentajes mayoritarios para la opción de igual riesgo se incrementa algo para los profesionales de la salud varones, un 75%, y disminuye levemente para las profesionales mujeres, llegando a 65%. Se abre así para el futuro la posibilidad de profundizar con un enfoque de género, todo un ámbito del problema que no corresponde abordar aquí aunque sí señalar algunas líneas del problema.

Por ejemplo, debe adicionarse en sintonía con lo anterior, que aparece como mayoritaria la opinión de que la mujer no tiene dificultades agregadas para tomar medidas de prevención: para profesionales varones, casi 60%, para las profesionales mujeres, casi 49%. Solo puede hablarse de una muy moderada tendencia de las trabajadoras de la salud a marcar más las dificultades específicas de prevención propias de género.

**PERCEPCION DE DIFICULTADES DE PREVENCIÓN DE LAS MUJERES  
SEGUN SEXO**

		sexo		Total
		Masculino	Femenino	
dificultades medidas de prevención mujeres	si	40 40,4%	142 47,8%	182 46,0%
	no	59 59,6%	144 48,5%	203 51,3%
	ns/nc		11 3,7%	11 2,8%
Total		99 100,0%	297 100,0%	396 100,0%

Complementariamente, cuando se revisa dentro de las dificultades específicas de las mujeres para tomar medidas de prevención el caso de potenciales dificultades en el uso, en la demanda del preservativo, aparece una fuerte mayoría -un 60%- que afirma que no hay mayores dificultades por el hecho de ser mujer. En tanto, un 37 % afirma que sí existen complicaciones específicas. Y debe apuntarse, según veremos en el cuadro siguiente, que si se cruza la variable con el sexo del trabajador, se observa que no existen prácticamente diferencias de opinión ya sea en el caso de hombres como de mujeres.

**PERCEPCION SOBRE DIFICULTADES DE LAS MUJERES EN EL USO DEL  
PRESERVATIVO SEGUN SEXO.**

		sexo		Total
		Masculino	Femenino	
dificultades uso preservativo	si	35 35,4%	111 37,4%	146 36,9%
	no	62 62,6%	174 58,6%	236 59,6%
	ns/nc	2 2,0%	12 4,0%	14 3,5%
Total		99 100,0%	297 100,0%	396 100,0%

Todo esto, en síntesis, abona la visión de que la dimensión sociocultural del uso del preservativo continúa -a pesar de lo que podría pensarse- menos desarrollada de lo aconsejable, es decir, en lo que significa de "negociación" en el momento de la interacción sexual, de la gestión de los riesgos por parte de la mujer en general.

**EMBARAZO** - Otro de los resultados más fuertes que surge de la encuesta es que 4 de cada 10 profesionales aconsejan a la mujer portadora de no embarazarse. Asimismo indica en forma manifiesta que "le informa" pero sin aconsejar, un porcentaje algo menor. Pero el dato tal vez más significativo es que la razón para tal actitud de rechazo explícito o velado del embarazo, es afirmar el riesgo de transmisión vertical para el hijo. Esto es sustantivo, en tanto en el Uruguay una de las estrategias más exitosas implementadas hasta el momento con relación a la temática, ha sido precisamente la reducción de la transmisión materno infantil al 4 %.

De hecho, si el riesgo de transmisión vertical se conoce a tiempo y hay un seguimiento completo, se ha señalado que el porcentaje puede bajar aún más. Un estudio piloto realizado recientemente con 98 madres a las cuales se les brindaron todas las condiciones recomendadas internacionalmente (captación temprana, controles periódicos, suministro de AZT, parto por cesárea y supresión de lactancia) permitió constatar que no hubo ningún caso de niño infectado por el HIV<sup>5</sup>.

De lo que se desprende que el riesgo aumenta significativamente en mujeres sin control de embarazo, es decir en su mayoría en situación de pobreza. De todos modos, que el control del embarazo es muy diverso entre sectores pobres y no pobres, no es un fenómeno nuevo<sup>6</sup>. De hecho, la propia práctica de los trabajadores de la salud permite evaluar esta diferencia, por lo que sería posible pensar que éste es uno de los componentes que también está pesando en la predisposición reseñada en ellos.

Esto es: dentro del campo de salud no se desconoce una situación crítica que notoriamente ya ostentaba la sociedad uruguaya a fines del 2001 (período de realización de la encuesta) con relación al alto porcentaje de embarazos y nacimientos en condiciones de vulnerabilidad, pobreza o directamente marginalidad<sup>7</sup>. Esto ya ha configurado una situación estructural extremadamente desigual entre otras cosas en lo que significa para muchas madres las dificultades de tener un embarazo aceptable, sin carencias, como en las posibilidades reales de un seguimiento adecuado del mismo. En suma: es razonable sostener como hipótesis que este escenario en general conocido -especialmente para trabajadores de la salud de la esfera pública- también contribuya a no recomendar embarazos en mujeres portadoras.

Por lo expuesto, desde la aproximación que se sostiene aquí, la desinformación sobre posibilidades terapéuticas existentes y potencialmente implementables, es solo una parte -aunque importante- de la explicación. En este sentido, el profesional no se estaría escapando de un conjunto de representaciones sociales cristalizadas en la sociedad que desaconseja inevitablemente el embarazo a la madre portadora.

**POSIBILIDAD DE EMBARAZO SEGUN TIPO DE CENTRO ASISTENCIAL**

		Tipo de centro asistencial				Total
		Hospitales públicos	Mutualistas	Policlínicas	Salto y Paysandú	
posibilidad embarazo	que si se embarace	5 2,9%	5 4,6%	1 1,2%	2 10,0%	13 3,4%
	que no se embarace	74 43,5%	48 44,0%	33 38,4%	8 40,0%	163 42,3%
	que ella decida	14 8,2%	8 7,3%	11 12,8%	1 5,0%	34 8,8%
	le informa	72 42,4%	44 40,4%	30 34,9%	8 40,0%	154 40,0%
	nada		4 3,7%	5 5,8%		9 2,3%
	otras	5 2,9%		6 7,0%	1 5,0%	12 3,1%
	Total	170 100,0%	109 100,0%	86 100,0%	20 100,0%	385 100,0%

Así, las diferencias de actitud con relación a un potencial embarazo de una mujer portadora no son significativas en cuanto a que el personal encuestado corresponda a mutualistas privadas, hospitales públicos o policlínicas.

Se podría inferir que las actitudes hacia este punto específico no se ven modificadas sustantivamente de acuerdo al lugar de atención y al estrato socioeconómico medio o bajo de la paciente (que presumiblemente se atiende en uno u otro sector) y que más bien se observa una representación general negativa respecto al embarazo de una portadora. Para esto hay que considerar que muchas veces el trabajador de la salud se desempeña en uno y otro ámbito paralelamente pero que, no por eso, va cambiando radicalmente su perspectiva de un lugar a otro. Parece más ajustado a la realidad, sostener que a partir de su participación en todos los ámbitos, va construyendo una interpretación, única aunque abarcativa.

Por ello, también es parte de la explicación sostener que ante el hipotético escenario planteado (*¿qué le diría a una mujer portadora de VIH en relación a la posibilidad de un embarazo?*), el encuestado no considere necesariamente ni el contexto ni las expectativas de la paciente mujer. El personal de la salud aparece dotado aquí de un "sentido práctico" en el sentido de Bourdieu (1997) como sistema adquirido de preferencias dentro del campo de la salud, para tratar de anticiparse y evitar (y por qué no, también evitarse) problemas futuros.

Pero tales disposiciones terminan subsumidas en una dinámica medicalizadora. Recuérdese muy apretadamente que la medicalización entendida en términos generales, refiere a como los saberes médicos producidos intervienen, resignifican, áreas sociales antes ajenas al campo de la salud.

En cambio, como se desprende del cuadro siguiente, cuando aparece la actitud según profesiones, en el área social se reduce la respuesta de recomendación de no embarazo y aumenta la opción por la decisión de la mujer. Aún así, no cabe duda que la opción “le informa” que también puede implicar una forma indirecta de recomendar no embarazo, es la que sigue teniendo mayores adhesiones en enfermeras universitarias, médicos y profesionales del área social.

### POSIBILIDAD DE EMBARAZO SEGUN PROFESION

		profesión (recodificada)					Total
		enfermera universitaria	auxiliares enfermería	médicos	área social	otros técnicos	
posibilidad embarazo	que si se embarace	4 5,7%	6 4,0%	2 1,6%	1 4,0%		13 3,4%
	que no se embarace	25 35,7%	80 53,0%	46 37,1%	4 16,0%	8 53,3%	163 42,3%
	que ella decida	6 8,6%	16 10,6%	7 5,6%	5 20,0%		34 8,8%
	le informa	31 44,3%	41 27,2%	64 51,6%	11 44,0%	7 46,7%	154 40,0%
	nada	3 4,3%	3 2,0%	2 1,6%	1 4,0%		9 2,3%
	otras	1 1,4%	5 3,3%	3 2,4%	3 12,0%		12 3,1%
	Total	70 100,0%	151 100,0%	124 100,0%	25 100,0%	15 100,0%	385 100,0%

Todo lo anterior sugiere como las distintas formaciones enfatizan aspectos diferentes y nos coloca frente al área de información y educación en salud. En síntesis, sobre este aspecto específico del embarazo estamos frente a una representación instalada que se constituye en uno de los ejes a trabajar en materia de educación de la enfermedad, pero no solo desde una perspectiva biomédica sino también desde las disciplinas sociales.

Otro eje que surge con nitidez en cuanto a la necesidad de información y educación futura es sobre la sexualidad del paciente portador. Nótese que considerando la relación profesional - paciente -y solo entre quienes atendieron personas portadoras de VIH- cuando se interroga si abordan la temática vinculada a la sexualidad, solo menos de 2 de cada 10 señalan que lo hace regularmente y 3 de cada 10 dicen que informa sobre prácticas sexuales seguras.

Más de un tercio (36 %) de quienes atendieron pacientes portadores afirma conversar los temas de la sexualidad con naturalidad y sin problemas. Considerando que la interacción sexual es la vía más amplia en materia de contaminación y extensión del Sida en Uruguay -casi 70% de los casos- emerge una zona de dificultades en todo lo que hace al abordaje de la sexualidad desde la práctica de los usuarios y no desde un “deber ser”, como se viene insistiendo desde hace tiempo por quienes estudian los

desafíos de las prevención (Meré, 1999). Esto nos lleva pues todo lo referente a educación e información sobre el HIV - SIDA en general que reciben los profesionales de la salud.

## Límites y oportunidades en el acceso a información y educación

Un primer dato relevante en este plano de análisis -y que también hace a los componentes del sistema de salud en Uruguay- es que casi el 70% del abanico de profesionales que incluyó la muestra, no asistió a ninguna actividad educativa en los últimos dos años. Contrariamente, en cuanto al acceso a información, un 90 % señala que recibió la misma mencionando en tal sentido uno o más canales de las opciones posibles: artículos de revista, diarios, folletos, libros, internet, televisión, radio o por colegas de trabajo. Como se observa, se ofrecía una gama importante de posibilidades, lo que conduce a nuevas preguntas sobre la calidad de información obtenida.

Por ejemplo, si consideramos la obtención de información calificada a través de libros, el porcentaje desciende al 36 %, a través de artículos de revista el porcentaje llega al 47 % y a través de internet se alcanza un 22 %. Es preciso por tanto observar con más detenimiento las fuentes principales de esa información, puesto que los folletos -la fuente principal- siempre suponen información limitada para un profesional de la salud.

### LUGAR DE ATENCION DONDE DEBERÍAN SER TRATADOS PACIENTES CON HIV / SIDA SEGUN PROFESIONALES QUE TENGAN O NO INFORMACION CALIFICADA.

		Profesionales según acceso a información calificada		Total
		sin información calificada	con información calificada	
lugar atención hiv	solo serv. infectoc.	90 29,1%	17 19,5%	107 27,0%
	cualquier área	116 37,5%	39 44,8%	155 39,1%
	serv. de cada institución	93 30,1%	27 31,0%	120 30,3%
	otras	6 1,9%	1 1,1%	7 1,8%
	ns/nc	4 1,3%	3 3,4%	7 1,8%
Total		309 100,0%	87 100,0%	396 100,0%

En tal sentido, se puede establecer un nuevo referente de medición que permita ponderar este acceso a información, constituido por aquellas personas que afirman haber leído tanto artículos de revista como libros vinculados a la enfermedad. Denominaremos esto como "información calificada". La pregunta que sigue es si aquellos profesionales que entran dentro de la categoría, muestran actitudes diferentes en algunos aspectos claves vistos anteriormente.

En el cuadro se observa para los que accedieron a información calificada una tendencia moderada, no significativa, a considerar que el lugar de atención de pacientes VIH puede ser cualquiera (obviamente contando con las medidas de bioseguridad aconsejadas). Partiendo de la perspectiva opuesta se tiende a considerar solo el servicio de enfermedades infectocontagiosas, cuando se cuenta con menor información (29 % frente a un 19 %).

No debemos dejar de considerar aquí una problemática de fondo. La medida empleada que llamamos "información calificada" es de una simplificación importante en el entendido que manifestar haber leído revistas especializadas o libros no asegura por sí mismo un mecánico aumento del grado de información relevante con que se cuenta, ni sensibilidad social especial para el tema.

Sin embargo creemos que es razonable considerar igualmente esta variable construida a partir de los datos de la encuesta, como una tendencia moderada de que aquellos que presentan predisposición de búsqueda o posibilidades de acceso a ese tipo de material bibliográfico, ya tienen, amplían o eventualmente terminan logrando un grado de apertura al tema mayor que aquellos que no lo hicieron. Pero profundizar en lo anterior ya sería parte de una investigación autónoma que desarrolle estos objetivos y que esta encuesta no puede adelantar.

PERCEPCION DE RIESGO DE INFECCION DE MUJERES SEGUN PARTICIPACION EN ACTIVIDADES EDUCATIVAS.

		asistencia actividades educativas sobre hiv / SIDA			Total
		si	no	ns/nc	
riesgo de infección mujeres	igual riesgo	81 61,8%	187 70,8%	1 100,0%	269 67,9%
	mayor riesgo	44 33,6%	62 23,5%		106 26,8%
	menor riesgo	5 3,8%	13 4,9%		18 4,5%
	ns/nc	1 ,8%	2 ,8%		3 ,8%
Total		131 100,0%	264 100,0%	1 100,0%	396 100,0%

En el mismo sentido, la variable concurrencia a actividades educativas agrega algunos otros datos bajo la hipótesis obvia que quienes pasaron por ellas pueden llegar a manejar elementos que otros no tienen, pero también esto implica un grado de simplificación inevitable.

Se detecta así una muy moderada inclinación a considerar en mayor riesgo a la mujer para quienes asistieron a actividades educativas. Desde una perspectiva de género se ha insistido en los aspectos biológicos, epidemiológicos y sociales de su mayor vulnerabilidad. En este último aspecto, conviene retomar la dimensión de las dificultades para protegerse del contagio mediante el uso del preservativo. El cuadro que sigue tiende a dar algunas pistas en este punto.

PERCEPCION DE DIFICULTADES ESPECIFICAS DE LAS MUJERES EN TOMAR MEDIDAS DE PREVENCIÓN SEGUN ASISTENCIA A ACTIVIDADES EDUCATIVAS

		asistencia actividades educativas			Total
		si	no	ns/nc	
dificultades medidas de prevención mujeres	si	67 51,1%	114 43,2%	1 100,0%	182 46,0%
	no	59 45,0%	144 54,5%		203 51,3%
	ns/nc	5 3,8%	6 2,3%		11 2,8%
Total		131 100,0%	264 100,0%	1 100,0%	396 100,0%

Se reitera una leve tendencia en cuanto a percibir mayores dificultades de prevención en las mujeres en la medida que se haya concurrido a actividades educativas.

Nótese rápidamente que existe base real en sustentar las percepciones de mayores dificultades, no sólo con argumentos desde una perspectiva de género sino socioeconómicos, ya que la susceptibilidad de la mujer al VIH se acrecienta en condiciones de bajos recursos. Esto simplemente por tener menores recursos educativos, menores opciones posibles en general o directamente porque solo se pueden poner en prácticas meras lógicas de sobrevivencia.

Esto hay que tenerlo en cuenta en la medida que los propios estados latinoamericanos muchas veces recurren a políticas sociales que recaen en buena medida en la actividad de la mujer. Por ello y más allá de la necesidad de políticas sociales universales, en torno al HIV - SIDA siempre se insiste en elaborar y promover alternativas de prevención de acuerdo con las vivencias y problemas cotidianos de los conjuntos sociales específicos (Grimberg, 2001).

Otro punto importante en función de la asistencia a actividades educativas es el mantenimiento o reproducción de discriminaciones al portador.

PERCEPCION DE DISCRIMINACION SEGUN ASISTENCIA A ACTIVIDADES EDUCATIVAS

		asistencia actividades educativas			Total
		si	no	ns/nc	
percepción de existencia de discriminación a portadores	si	109 83,2%	196 74,2%		305 77,0%
	no	19 14,5%	57 21,6%	1 100,0%	77 19,4%
	ns/nc	3 2,3%	11 4,2%		14 3,5%
Total		131 100,0%	264 100,0%	1 100,0%	396 100,0%

En términos generales, la percepción de que existe discriminación al portador en el ámbito laboral y social, es reconocida por un porcentaje alto, el 77 %. Nuevamente, debe indicarse que se observa un leve incremento de esa percepción en el caso de quienes asistieron a actividades educativas (83 % en relación a 74 %). Llegados aquí, resta entonces ubicar la dimensión informativa y educativa en el contexto general de la temática que venimos tratando.

## Los desafíos de la educación en el campo de la salud: mas allá de la razón instrumental

Si hacemos una distinción analítica de los modos de aproximación a una enfermedad, podemos identificar tres niveles interrelacionados. Resumidamente, siguiendo a Setbon (2000) denominamos estos niveles como el cognitivo en el sentido biológico, epidemiológico, etc., el pragmático que nos lleva a la forma de las respuestas públicas y el perceptivo que nos coloca en el terreno de las percepciones y representaciones. En este trabajo nos hemos colocado en este último, sin embargo como decíamos antes, no podemos separarlo de los anteriores y en especial del segundo, en el sentido de cómo el Estado y organizaciones de la sociedad civil pueden contribuir a modificar actitudes y comportamientos discriminatorios.

Considerando que las disposiciones a actuar de determinada manera con relación al HIV - SIDA en la sociedad, también están vinculadas a como los trabajadores de la salud se posicionan frente al tema, la pregunta que surge puede estipularse como sigue: ¿hasta donde están arraigadas determinadas representaciones en el campo de la salud y que papel juega la educación en ese espacio social? Como se observa, la pregunta excede las posibilidades de la encuesta, pero es precisamente a partir de ésta que se abre un abanico de dimensiones en tal dirección.

Una premisa inicial a considerar es que las representaciones en una sociedad, en un campo en particular y sobre cualquier tema no son estáticas.

Seguramente las creencias sobre una enfermedad tienen rasgos de estabilidad aún en las dinámicas sociedades de comienzos del siglo XXI, pero está claro que ello no supone afirmar que son fijas sino cambiantes en el mediano plazo.

Ya hemos mencionado que para Francia por ejemplo se observa una modificación sensible de la percepción del riesgo del HIV - SIDA hacia una aceptación del mismo, que estaría generando una etapa que puede denominarse como "normalización", luego de las etapas de indiferencia inicial (cuando se relacionaba con grupos específicos), movilización y estabilización. Esta nueva etapa está inevitablemente atada a los progresos terapéuticos que contribuyen a que se constituya en enfermedad crónica pero también a la percepción general y la de los profesionales de la salud en particular.

¿Dónde puede ubicarse nuestra sociedad? ¿Tal vez en tránsito de la "estabilización" a la "normalización"? Contestar una pregunta como ésta excede este trabajo, pero comenzar a hacerlo nos devuelve al terreno propio de la encuesta porque si existe discriminación en el campo de la salud no puede esperarse otra cosa en el resto de la sociedad. No obstante, también lo opuesto ocurre: las construcciones de sentido en salud - enfermedad se desplazan desde la sociedad en general al campo de la salud.

Esta interrelación, esta dialéctica entre ámbitos sociales con relación a representaciones, constituye una segunda premisa a considerar. Y en tal sentido, es preciso señalar que en el ámbito de los profesionales de la salud en general, los datos aportados por la encuesta muestran que existe desinformación y algunos prejuicios precisamente equiparables a los que puede tener la sociedad en general.

Lo que esto supone no debe llamar la atención porque no es exclusivo de Uruguay. Señalaba Ray Fitzpatrick (1990) que estamos habituados a considerar un abismo entre conceptos ordinarios y médicos, pero muchas veces se exagera este abismo. En esta línea, sostenemos aquí que en muchos aspectos de la enfermedad, el conjunto de sentidos conformados en la sociedad se desplaza al saber médico, al saber de los profesionales de la salud en general, para terminar refuncionalizado como saber técnico.

En otras palabras, así como en el viejo sentido sociológico de "ruptura epistemológica" (Bourdieu, Chamboredon Y Passeron, 2001), se hablaba de la necesidad en el trabajo de la Sociología de una ruptura con las prenociones, con el saber inmediato, para poder construir conocimiento, también aquí debemos señalar que si algo transmite la encuesta que venimos analizando es que el sentido común se mezcla en muchos aspectos. El sentido común está presente en el saber del médico, en el saber de la enfermera, en el saber del técnico e introduce sesgos que no son advertidos.

El problema es complejo porque el campo de la salud, como cualquier campo científico, supone que su saber es un sistema crecientemente amplio e inclusivo capaz de neutralizar valores o elementos "no técnicos" con los que se va enfrentando en su construcción de conocimiento. Por ello el desafío es considerar que no existe un área de estabilidad cognitiva inevitablemente abarcadora donde siempre guarnecerse, sino que se está en una aventura de enriquecimiento en la relación con la realidad con carácter permanente. De lo que se desprende para los trabajadores de la salud, la necesidad de generar una dinámica atenta a identificar y romper con prenociones todavía existentes en torno a la enfermedad.

Aquí reaparece entonces un eje central sustentado en los datos ya manejados: el desafío de los trabajadores de la salud en contribuir a formular un nuevo sentido común. Un sentido común que podemos llamar emancipatorio en la perspectiva del sociólogo portugués Boaventura de Souza (2000) y que sugiere específicamente para nuestro problema la construcción de unas relaciones cotidianas libres de preconceptos, estereotipos y discriminaciones.

De Souza propone la noción de "doble ruptura epistemológica" ya que por un lado tenemos el sentido común que se cuele en una determinada comunidad retórica y esto requiere una primera ruptura, pero por otro lado está la necesidad de un nuevo acto epistemológico a fin de volver desde la ciencia con un nuevo saber, transformado en un nuevo sentido común, sobre las experiencias y trayectorias de vida. En estas mediaciones aparece entonces la importancia de los trabajadores de la salud y la necesidad de un proceso educativo permanente. No obstante este tema tiene su propia complejidad.

De algunos datos sobre acceso a actividades educativas y de su cruce con distintas variables (por ejemplo percepción sobre lugar donde deberían ser atendidos pacientes portadores), se puede extraer la conclusión apresurada que el pasaje por tales actividades no cambia sustancialmente actitudes o representaciones. En realidad, las evidencias indican algo más complejo: que las actividades educativas requieren que sean continuadas y que van promoviendo, generando cambios sólo lentamente. Pensar esta dimensión como la apropiación de conocimientos con efectos mecánicos, es sin duda simplista. Lo mismo sucede con el acceso a información que también supone una práctica constante, persistente.

También es importante concluir en el tipo de educación sobre el tema, ya que si bien requiere aspectos estrictamente biomédicos insoslayables, tiene una dimensión sociológica, antropológica, igualmente imprescindible. Si bien esto puede parecer una mera promoción de las disciplinas sociales, en verdad se trata de algo más profundo. Como tratamos de demostrar, muchas de las consideraciones que pueden hacerse sobre el HIV - SIDA

tienen que ver con modalidades específicas de relaciones sociales y no con aspectos biológicos.

## A modo de conclusión

---

Partiendo de una perspectiva sociológica, en el presente trabajo se intentó avanzar en la exploración de representaciones sociales y actitudes ligadas al HIV / SIDA en los trabajadores de la salud en Uruguay. Como se ha podido ver a través de los datos de la encuesta, el mayor conocimiento que tienen sobre la infección estos profesionales, no evita que algunos estereotipos del imaginario social, algunos prejuicios del sentido común, también aparezcan en su práctica laboral.

En este sentido, en dimensiones como riesgo de infección, lugar de tratamiento de pacientes o posibilidad de embarazo para una portadora, también se filtran elementos, interpretaciones alejadas del conocimiento científico. La encuesta coloca así aspectos débiles y resistencias aún presentes dentro del campo de la salud, lo que sugiere para ese espacio el desafío de fortalecer un abordaje educativo con carácter interdisciplinario como se postula desde hace años entre quienes trabajan en los desafíos de la salud colectiva (Canesqui, 1995).

Examinamos asimismo que entre los temas claves de los aspectos sociales que se relacionan con la enfermedad, se encuentra el área de las sexualidades. Corresponde igualmente al Estado no alejarse de la tarea de consolidación de campañas de sensibilización y de información fundamentada científicamente en el área. Pero también esto se relaciona con la formación, la capacitación de los trabajadores en salud. Como ha sido planteado en numerosos trabajos, debe partirse de no considerarlos como insumos o recursos sino como sujetos capaces de desarrollo constante, con potencialidad de reproducción de conocimientos en las instituciones y lugares que se desempeñan (L'Abbate, 1999).

Por ello la capacitación excede un saber puramente instrumental y de corto plazo. Tal como la ciencia moderna en su desarrollo luchó contra monopolios de interpretación radicados en instituciones como la religión, hoy al campo de la salud le toca seguir haciéndolo contra un saber que se apoya exclusivamente en la dimensión práctico terapéutica del HIV / SIDA y profundizar otras dimensiones que hacen a la prevención y contribuyen a construir la enfermedad con una perspectiva superadora del estigma en la sociedad en general.

## BIBLIOGRAFÍA

---

- BOURDIEU, Pierre: "Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción", Barcelona, editorial Anagrama, 1997.
- BOURDIEU, Pierre y Loïc Wacquant: "Respuestas. Por una antropología reflexiva", México, editorial Grijalbo, 1995.
- BOURDIEU, Pierre, Chamboredon, Jean-Claude y Passeron, Jean-Claude: "El oficio de sociólogo", Madrid, Siglo XXI, 2001 (1973).
- CANESQUI, Ana María: "Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva", Rio de Janeiro, ed. Hucitec / Abrasco, 1995.
- FITZPATRICK, Ray: "Conceptos comunes de enfermedad" en "La enfermedad como experiencia", Fitzpatrick et al., México, FCE, 1990 (1984).
- FOUCAULT, Michel: "Vigilar y castigar", México, siglo XXI, 1988 (1975).
- GOFFMAN, Erving: "Estigma", Buenos Aires, ed. Amorrortu, 1993.
- GRIMBERG, Mabel: "Saber de SIDA" y cuidado sexual en mujeres jóvenes de sectores populares del cordón sur de la ciudad de Buenos Aires. Apuntes para la definición de políticas de prevención", en *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Fiocruz, Mayo-junio 2001.
- L'ABATTE, Solange: "Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais", en *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Fiocruz, volumen 15, suplemento 2, 1999.
- MERÉ, Juan José, Guchín, Mónica y Falero, Alfredo: "Informe preliminar de la investigación: "El enfoque de género en la prevención del VIH / SIDA en los técnicos y profesionales de la salud", mimeo. 2002.
- MERÉ, Juan José: "El estallido de las certezas. Los desafíos de la prevención del sida" en revista *Nueva Sociedad* N° 159, Caracas, Enero-Febrero 1999.
- SETBON, Michel: "La normalisation paradoxale du sida", en *Revue Française de Sociologie*, N° 41 Paris, Enero-marzo 2000.
- SOUSA SANTOS, Boaventura: "A crítica da razão indolente. Contra o desperdício da experiência", São Paulo, Cortez Editora, 2000.

Notas

---

- <sup>1</sup> La idea de campo puede rastrearse en múltiples trabajos de Bourdieu, Entre ellos véase Bourdieu y Wacquant, 1995.
- <sup>2</sup> La investigación fue coordinada por el sociólogo Juan José Meré; los encuestadores fueron los psicólogos Ana Buquet, Nancy Berriel y Roque Chiapa y la socióloga Mónica Guchín. La construcción de base de datos y el procesamiento de los mismos estuvo a cargo del autor del presente artículo. Algunos avances fueron presentados en el Seminario Taller Regional "Sistematización e las acciones y estrategias en VIH / SIDA en el Uruguay desde un enfoque cultural" en Marzo del 2002, organizado por el instituto IDES con el apoyo del Sector Cultural de la UNESCO.
- <sup>3</sup> Específicamente la muestra incluyó 175 trabajadores de hospitales públicos, 112 de mutualistas, 88 de policlínicas y 21 trabajadores de los hospitales de Salto y Paysandú. En Montevideo, se consideraron los hospitales Clínicas, Maciel, Pasteur, Pereyra Rossel, Piñeyro del Campo y Policial además de 4 mutualistas importantes y 15 policlínicas ubicadas en diferentes zonas de la ciudad . La técnica de recolección de datos implicó la aplicación de un cuestionario "cara a cara" y un formulario autoadministrado centrado en la indagación de comportamientos sexuales con relación a la epidemia. Los datos emanados de este último no son tratados en el presente trabajo.
- <sup>4</sup> La mecánica en este punto suponía que los encuestados debían elegir, de entre los grupos que se presentaban, dos de los que le parecían con mayores riesgos de ser portadores. Los grupos, muy heterogéneos en su composición, eran los siguientes: personas carenciadas, homosexuales, mujeres en general, hombres en general, pacientes en general, trabajadoras/es sexuales, usuarios/as de drogas, jóvenes, personas de tercera edad u otro que podía establecer el propio encuestado. Si tomamos como base los 396 casos para cada uno de los subgrupos, la percepción de riesgo de jóvenes es del 6 %, de mujeres es del 10 %, de homosexuales es del 45 %, de trabajadores/as sexuales es del 46 % y de usuarios de drogas el 63 %.
- <sup>5</sup> Datos aportados por la Dra. Margarita Serra del Programa Nacional de Sida del Ministerio de Salud Pública.
- <sup>6</sup> Ya según un informe CLAEH - UNICEF de 1989 y de acuerdo con la muestra utilizada, se señalaba que dentro de las familias "no pobres", el 80 % había tenido un control de embarazo adecuado, contra solo el 40 % de entre las familias pobres. Datos más recientes aportados por el MSP indican que del sistema público, el 60 % se realiza al menos tres controles de embarazo o más. Del 40 % restante, el 20 % realiza algún control (siempre menos de tres) y el 20 % restante, solamente se acerca al hospital en el momento del parto.
- <sup>7</sup> Casi la mitad de los niños de entre cero y cuatro años pertenecen a hogares bajo la línea de pobreza en el país urbano. El porcentaje resulta levemente superior al 50 % para Montevideo, según surge del Informe "Desarrollo humano en Uruguay 2001", Montevideo, CEPAL / PNUD, 2001, p. 46.

## **INICIATIVA LATINOAMERICANA -INSTITUTO IDES**

-asociación civil sin fines de lucro- es un espacio abierto de encuentro de emprendimientos de innovación social y participación ciudadana.

### **Misión**

Contribuir creativamente al desarrollo social equitativo y sustentable, a través de la generación de conocimientos y prácticas innovadoras, solidarias y de excelencia, centradas en la dignidad y los derechos de la persona.

### **Principales líneas de trabajo**

Las líneas de trabajo articulan las actividades de investigación, asesoría, educación y comunicación.

- ✓ Iniciativas y políticas culturales del sur
- ✓ Gestión y Educación ambiental
- ✓ Iniciativa Joven: formando emprendedores solidarios
- ✓ Sexualidad y género: promoción de la salud sexual y reproductiva
- ✓ Prevención integral del VIH-SIDA
- ✓ Ciudadanía Empresarial: acciones de responsabilidad social
- ✓ Fortalecimiento institucional de organizaciones sociales

### **Directores de programa**

Soc. Silvia Vetrале

Soc. Juan José Meré



**INICIATIVA LATINOAMERICANA**  
INSTITUTO IDES

Uruguay 1369/101  
Montevideo 11.200 – Uruguay

Telefax: 5982. 9023186  
E-mail: [inlatina@adinet.com.uy](mailto:inlatina@adinet.com.uy)

[www.iniciativalatinoamericana.org](http://www.iniciativalatinoamericana.org)