

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE CIENCIAS Y ARTES DE LA COMUNICACIÓN



**Problemas y actitudes de las personas viviendo con  
VIH frente a la atención en TARGA: Derechos,  
ciudadanía y comunicación.**

**Tesis para optar el Título de Licenciada en Ciencias y Artes de la  
Comunicación con mención en Comunicación para el Desarrollo  
que presenta la Bachiller:**

**GABRIELA ALTUNA HIDALGO**

**NOMBRE DEL ASESOR: Jaris Mujica Pujazon**

**LIMA, 11 DE JULIO DE 2011**

A Camu.  
Por inculcarnos el esfuerzo como único camino  
para lograr lo que deseamos.

Al Papi Lucho.  
Por hacer un poco de todo y dedicarse a la  
gestión cultural antes de que el término existiera.



## Índice

1. Introducción.....	i
1.1. Apuntes generales.....	i
1.2. Descripción del trabajo.....	iii
2. Marco teórico: del derecho a la salud a la atención en casos de VIH.....	1
2.1. Historia del VIH y su aparición en el Perú .....	1
2.2. El derecho a la salud en la atención de VIH.....	9
2.3. Relación entre el personal de salud y los receptores del tratamiento.....	11
2.4. Comunicación y salud.....	17
2.5. Estigma, conflicto y estrategia.....	19
3. Programa metodológico.....	24
4. El personal de salud y la calidad de servicio en la atención de las personas viviendo con VIH en el Hospital Loayza.....	31
4.1. El Hospital Loayza y la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH y SIDA.....	31
4.2. Normas técnicas de atención recomendadas a nivel internacional y criterios de calidad de servicio establecidos en el Perú.....	39
4.3. Características del personal de salud que forma parte del equipo multidisciplinario.....	51
4.4. Los problemas de interacción del personal de salud.....	58
5. Las Personas Viviendo con VIH y los requisitos de acceso al Tratamiento AntiRetroviral de Gran Actividad.....	64
5.1. Requisitos de acceso al Tratamiento Anti Retroviral de Gran Actividad e invención de los mismos.....	64
5.2. Las personas viviendo con VIH.....	68
5.3. Percepciones de las personas viviendo con VIH respecto del personal de salud.....	77
5.4. Percepciones del personal de salud respecto de las personas viviendo con VIH.....	82

6. Los criterios de atención en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH y SIDA del Hospital Loayza.....	87
6.1. Puntos de encuentro y desencuentro con los criterios de calidad de servicio.....	87
6.2. Descripción de la atención desde la perspectiva del personal de salud.....	95
6.3. Descripción de la atención desde la perspectiva de las personas viviendo con VIH.....	99
6.4. Importancia de las normas técnicas de atención y los criterios de calidad de servicio para el personal de salud.....	105
7. Los conflictos y las estrategias comunicacionales existentes entre las Personas Viviendo con VIH y el personal de salud.....	109
7.1. Descripción de los conflictos existentes entre las Personas Viviendo con VIH y el personal de salud.....	109
7.2. Causas de los conflictos existentes.....	113
7.3. Estrategias comunicacionales de negociación de conflictos.....	119
8. Conclusiones.....	131
8.1. La adecuación al Hospital Loayza.....	132
8.2. Idealización del personal de salud: comunicación no horizontal.....	134
8.3. La precariedad de la ciudadanía en salud en el caso del VIH.....	136
8.4. La invariabilidad del escenario.....	138
8.5. La calidez de la atención.....	140
Bibliografía.....	142
Anexos.....	155

## Resumen

La tesis “Problemas y actitudes de las personas viviendo con VIH frente a la atención en TARGA: Derechos, ciudadanía y comunicación.” busca estudiar la atención brindada en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH/Sida del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL). La importancia de la atención brindada en la Estrategia radica en que una buena atención favorece la adherencia al TARGA. Esta atención puede medirse en base al cumplimiento de los estándares, a la calidad de los insumos y a la calidez del servicio. Esto último resulta de suma importancia ya que la calidez implica el trato directo persona a persona. Así, ella se evalúa a través de estudios comunicacionales tal como el que se realiza en la presente tesis. De este modo se busca comprender la relación comunicacional existente entre personal de salud y personas viviendo con VIH en la atención brindada en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH/SIDA del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Para realizar el análisis de la investigación se optó por una metodología cualitativa que incluyó observación directa no participante, entrevistas a profundidad semi estructuradas y entrevistas informales. El trabajo de campo se llevó a cabo entre el 19 de enero y el 12 de abril del 2010. La selección de una metodología cualitativa responde a la necesidad de conocer el punto de vista de los informantes directamente en campo. En efecto, el interés de la presente investigación no se encuentra en tomar mediciones exactas sino en conocer la atención brindada en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH/SIDA del HNAL y así comprender los mecanismos y causas de los conflictos y las estrategias de comunicación desarrolladas por las personas viviendo VIH.

En conclusión, existen problemas tanto en la infraestructura ofrecida por el HNAL, la relación establecida con el personal de salud, la concepción existente del derecho a la atención en salud, y la calidez en el servicio; siendo esta última la que posee mayores problemas, lo que limita la adherencia de las personas viviendo con VIH al tratamiento., y así, pone en riesgo el objetivo perseguido por la Estrategia. Esta calidez del servicio es sólo medible a través de un análisis comunicacional de la relación que se establece entre el personal de salud y las personas viviendo con VIH que ahí se atienden y por lo tanto, se constituye en el principal problema comunicación de la Estrategia.

## 1. Introducción

### 1.1. Apuntes generales

Diariamente 6800 personas alrededor del mundo se contagian de VIH (Organización Mundial de la Salud 2007). Ellas se enfrentan a un enfermedad que no posee cura y sobre la que pesa un fuerte estigma social. El VIH es el Virus de Inmunodeficiencia Humana, el cual es el causante de que las personas desarrollen el SIDA; esto es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido, una definición paraguas que cubre cualquiera de las 27 enfermedades oportunistas que constituyen el verdadero peligro para la vida de las pacientes (Cueto 2001: 29). Los orígenes de dicho virus datan de la década de 1970 y su transmisión se puede dar de tres formas: por contacto sexual íntimo, por contacto con sangre y a través de la placenta de la madre al hijo o por la lactancia materna (ONUSIDA – Oficina Colombia 2006: 4).

Debido a que el VIH no distingue características raciales, económicas, sociales o de preferencias sexuales se puede afirmar que el grupo de personas viviendo con VIH es un grupo altamente heterogéneo, constituido por hombres y mujeres de diversas edades y estratos sociales. Entendemos por personas viviendo con VIH a aquellas personas que aún no han desarrollado el SIDA sino que sólo son portadoras del virus; ellas requieren del Tratamiento AntiRetroviral de Gran Actividad (TARGA) a fin de prolongar su vida en la fase VIH sin pasar a la fase SIDA.

La investigación desarrollada busca estudiar las relaciones comunicacionales existentes en la atención brindada en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH/SIDA del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL). La importancia de la atención brindada en la Estrategia radica en que el modo de atención puede favorecer o afectar la adherencia al TARGA, es decir, el adecuado cumplimiento del mismo y, por lo tanto, la mejora de la calidad de vida de las personas viviendo con VIH que lo reciben. Esta atención puede medirse en base al cumplimiento de los estándares, a la calidad de los insumos y a la calidez del servicio. Esto último resulta de suma importancia ya que la calidez implica el trato directo persona a persona. Así, esta se evalúa a través de estudios de interacción, lo que implica un análisis comunicacional.

Así, se ha recogido información tanto del personal de salud como de las personas viviendo con VIH a fin de tener el punto de vista de ambos actores, asimismo se recogió información de documentos –tanto nacionales como internacionales- que regulan los criterios de servicio y el propio acceso al TARGA.

Si bien existe amplia bibliografía respecto al tema del VIH, esta se reduce considerablemente al abordar el tema desde el punto del acceso a derechos y las estrategias puestas en práctica para acceder a los mismos; generalmente se tratan los temas de discriminación, prejuicios, campañas sociales al respecto y prevención. Así, esta tesis toca un tema poco trabajado en el país, el cuál es el análisis comunicacional de la atención brindada en la Estrategia.

La presente tesis es de carácter descriptivo y exploratorio. Descriptiva porque se busca, en primer lugar, describir los procesos relacionados al TARGA y al servicio brindado en la Estrategia. Exploratoria porque también busca conocer las estrategias aplicadas por las personas viviendo con VIH para recibir el mencionado tratamiento.

La investigación se sostiene en la siguiente pregunta principal es la siguiente: ¿Cómo se ha constituido la relación comunicacional existente entre personal de salud y personas viviendo con VIH en la atención brindada en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH/SIDA del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL)? Para ello se ha desglosado la pregunta principal en las siguientes preguntas secundarias o subpreguntas:

- ¿Quién es el personal de salud y cuáles son los criterios formales de calidad de servicio?
- ¿Cuáles son los modos de atención del personal de salud de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH/SIDA del HNAL?
- ¿Cuáles son las características de las personas viviendo con VIH que reciben el TARGA en el Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH/SIDA del HNAL?
- ¿Cuáles son los conflictos comunicacionales existentes entre las personas viviendo con VIH y el personal de salud?

Por lo tanto, los objetivos de investigación se han determinado de manera correlativa a las preguntas de investigación de modo que el objetivo principal es: Comprender la relación comunicacional existente entre personal de salud y personas viviendo con VIH en la atención brindada en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH/SIDA del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL). Y los objetivos secundarios se han delineado de la siguiente manera.

- Describir al personal de salud de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH/SIDA del HNAL y los criterios formales establecidos de la calidad de servicio
- Determinar los modos de atención utilizados por el personal de salud en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH/SIDA del HNAL
- Describir a las personas viviendo con VIH que reciben el TARGA en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH/SIDA del HNAL y los requisitos de acceso al TARGA
- Comprender los conflictos comunicacionales existentes entre las personas viviendo con VIH y el personal de salud

## 1.2. Descripción del trabajo

Hoy en día el TARGA es un tratamiento gratuito provisto por el Estado a todas aquellas personas que reúnan las condiciones necesarias establecidas en la Norma Técnica del TARGA publicada por el Ministerio de Salud. No obstante, han existido –y existen aún- ciertos problemas en la atención en salud que no permiten la entrega oportuna de los medicamentos incluidos en el TARGA, por ejemplo el desabastecimiento de antirretrovirales o la repartición centralista de los mismos. Ante estos y otros problemas es necesario el desarrollo de estrategias por parte de las personas viviendo con VIH que les permita acceder al TARGA en el momento necesario a fin de no afectar su salud.



La presente investigación tiene como objetivo de estudio comprender la relación comunicacional existente en la atención brindada en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH/SIDA del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL). En efecto, existen problemas comunicacionales entre las personas viviendo con VIH y el personal de salud, problemas que pueden ocasionar marginación, exclusión o que pueden frenar el acceso al TARGA, limitando las posibilidades de vida de las personas viviendo con VIH.

Así, estos problemas comunicacionales se constituyen en grandes limitaciones para la atención en salud. De este modo, la comunicación es un elemento básico a tomar en cuenta para asegurar una buena atención, siendo su elemento central la relación comunicacional que se establece entre personal de salud y persona viviendo con VIH en cada uno de los encuentros que sostienen.

En el primer capítulo se revisa la historia del VIH, tanto a nivel mundial como en el Perú, y las políticas existentes sobre el tema. Asimismo se revisa y analiza bibliografía respecto al derecho a la salud, a la relación comunicacional existente entre médico y paciente y específicamente en el caso de personas viviendo con VIH. Finalmente se repasa la bibliografía existente respecto a estigma, conflicto y estrategia y se plantean las definiciones de los mismos con las que se trabajaran a lo largo de la presente tesis.

El segundo capítulo se repasa la historia y caracterización del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, asimismo se describe y analiza la ubicación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH/SIDA dentro de él. A continuación se presentan y analizan las normas técnicas de atención planteadas tanto por el Ministerio de Salud del Perú como por otros organismos internacionales. Luego se describe al personal de salud que labora en la Estrategia y se analizan los problemas que ellos mismos describen en las entrevistas realizadas.

En el tercer capítulo se describen los requisitos de acceso al TARGA planteados por el Ministerio de Salud del Perú y se analiza la invención de nuevos requisitos planteados por el personal de salud. A continuación se describe y caracteriza a las personas viviendo con VIH que se atienden en la Estrategia para luego analizar sus percepciones con respecto al personal de salud y finalmente realizar este análisis de percepciones de maneja inversa, es decir, las percepciones del personal de salud respecto de las personas viviendo con VIH.

En el cuarto capítulo se comparan los criterios de calidad de servicio establecidos con el verdadero servicio brindado en la Estrategia. Luego se brinda una descripción de la atención prestada por el personal de salud, y después la misma descripción pero desde la perspectiva de las personas viviendo con VIH. Esto a fin de comparar la real atención con la percepción de la misma de cada uno de los actores involucrados. Finalmente se analiza la importancia para el personal de salud de las normas técnicas de atención y los criterios de calidad de servicio establecidos y las razones de no cumplimiento de los mismos.

Finalmente, en el quinto capítulo se describen los conflictos existentes entre las personas viviendo con VIH y el personal de salud, se analizan las causas de los mismos y, por último, se describen, analizan y categorizan las estrategias comunicacionales de negociación de dichos enfrentamientos y problemas.

En conclusión, es la calidez en el servicio la que posee mayores problemas y así, se constituye en el principal problema comunicacional de la Estrategia, lo que limita la adherencia de las personas viviendo con VIH al tratamiento., y así, pone en riesgo el objetivo perseguido por la Estrategia, que es la adherencia al TARGA. Esta calidez del servicio es sólo medible a través de un análisis comunicacional de la relación que se establece entre el personal de salud y las personas viviendo con VIH que ahí se atienden.

## 2. Marco Teórico: del derecho a la salud a la atención en casos de VIH

### 2.1. Historia del VIH y su aparición en el Perú

En el mes de junio de 1981 fueron reportados al Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos algunos casos referidos a enfermedades en personas con deficiencias en el sistema inmunológico (Fuentes 2009); inmediatamente se reportaron casos similares en diversos países alrededor del mundo, lo que generó gran preocupación en los médicos. Una nueva enfermedad estaba manifestándose y nadie se podía imaginar las dimensiones que llegaría a adquirir.

En el año 1982 empieza la rápida expansión y detección de casos de la pandemia de VIH / SIDA (Grmek 2004: 77). Debido al desconocimiento de la enfermedad, esta generó pánico tanto en la comunidad médica como en la sociedad general. Asimismo, ya a que se consideraba que provenía de países subdesarrollados y de grupos “marginados” por la sociedad, fue también considerada como una enfermedad externa a la mayoría de la población, aquella considerada “normal”. En efecto, se pensaba que dicha enfermedad estaba reservada para "(...)'el club de las cuatro H': Homosexuales, heroinómanos, haitianos [porque existía un alto porcentaje de ellos con VIH] y hemofílicos. Algunos ponían en quinto lugar a las 'hookers' (prostitutas)." (Grmek 2004: 63 – 64).

Ahora, ¿qué es exactamente el VIH? El Virus de la Inmunodeficiencia Humana es una afección destruye el sistema inmunitario en forma gradual, haciéndolo menos resistente a las infecciones. El VIH puede diseminarse por tres vías principales: en primer lugar por tener relaciones sexuales sin condón con una persona viviendo con VIH (vía sexual). En segundo lugar por exposición a sangre infectada mediante el uso compartido de jeringas; y, en tercer lugar, el virus también se puede propagar a través de la placenta de la madre a su bebé en desarrollo e incluso a través de la lactancia (transmisión vertical) (ONUSIDA –

OFICINA COLOMBIA 2006). De todas estas formas de transmisión la más común es la vía sexual, siendo en el Perú la causante del 97% del total de casos de VIH (Salazar 2006).

Un elemento a tomar en consideración en la infección de VIH es que esta puede ser asintomática hasta por diez años. Sin embargo, en dicho plazo de tiempo, pese a no poseer síntomas, la persona viviendo con VIH (seropositiva) sí puede transmitir la infección a otros. Esto genera que muchas personas, desconociendo su calidad de seropositivas, mantengan relaciones sexuales sin protección o tengan otras conductas de riesgo y puedan de este modo, propagar el virus. En suma, al hacer mención a las conductas de riesgo me refiero a aquellas actitudes que aumentan la probabilidad adquirir o transmitir la infección por VIH. Éstas

“Generalmente aluden a conductas sexuales de riesgo (esencialmente la penetración anal o vaginal no protegida con parejas seropositivas o cuyo estado serológico es desconocido), aunque también pueden aludir a conductas de riesgo en el uso de drogas recreativas (esencialmente el compartir agujas y jeringas con otras personas).” (Cáceres 2002).

Esta problemática de propagación del virus debido al desconocimiento de la propia seropositividad se ve agravada por la existencia de un periodo ventana. En efecto, durante aproximadamente doce semanas el virus puede estar en el organismo pero no ser identificado por el examen Elisa, ya que aún no se producen anticuerpos contra el mismo (Cueto 2001: 109; ONUSIDA – OFICINA COLOMBIA 2006: 10). Esta es la prueba más común para la detección del VIH, ella recibe dicho nombre debido a la abreviación de Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay o Ensayo Inmuno Enzimático Absorbente. Otra prueba de mayor precisión es la de Western Blot, ella consiste en la detección de proteínas. Ambas pruebas existen desde el año 1985 (Cueto 2001: 35).

La existencia de VIH en una persona deriva en la presencia de SIDA, la cual es la etapa más avanzada de la enfermedad. Esta es una

“(…) definición paraguas que cubre cualesquiera de 27 enfermedades particulares y síntomas, generalmente conocidas como ‘oportunistas’, que son las que en realidad destruyen la vida de los pacientes. Estas enfermedades son causadas por microorganismos que frecuentemente existen en el cuerpo

humano o en el ambiente, pero que sólo producen una enfermedad severa en las personas que tienen las defensas del organismo deprimidas (...)." (Cueto 2001: 29).

SIDA responde a las iniciales de Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida. Se le llama síndrome debido a que es un conjunto de síntomas que caracterizan a una enfermedad. La palabra "inmuno" deriva del hecho que dicha enfermedad está referida al sistema inmunológico, el cual es el encargado de defender al cuerpo de las infecciones. La "deficiencia" implica que el mencionado sistema inmunológico no funciona de la manera adecuada; y finalmente, se utiliza la palabra "adquirida" debido a que no es una condición heredada sino provocada (Cueto 2001: 29). Cabe mencionar que el uso oficial de esta sigla –AIDS en inglés- se inició en julio de 1982 (Grmek 2004: 64). No obstante, hoy en día existe una nueva definición la cual deja de considerar al SIDA como un síndrome y pasa a considerarla como una enfermedad infecciosa causada por un retrovirus, el VIH (Grmek 2004: 66).

Hoy en día, a nivel mundial, aquella enfermedad que empezó con algunos brotes aislados se ha convertido en una pandemia. Así, según los datos del Informe Mundial de ONUSIDA del 2008, hasta Diciembre del 2007 existían un aproximado de 33 millones de personas alrededor del mundo viviendo con VIH. Pese a este alto número ha de recalcarse que tanto el número de nuevas infecciones por VIH como el número de muertes por SIDA se han visto reducidos. En el primer caso, éstas han descendido de 3 millones en el 2001 a 2,7 millones en el 2007. En el segundo caso, y gracias al aumento de personas con acceso al tratamiento antirretroviral, la cifra ha pasado de 2.2 millones en el 2005 a 2 millones en el 2007 (UNAIDS 2008: 15). De este modo, la prevalencia actual del VIH a nivel mundial es del 0.8%, generándose (en promedio) 7400 nuevos casos de VIH diarios a nivel mundial (UNAIDS 2009).

Como se puede ver en las cifras ya mencionadas, al hablar de VIH y SIDA se está hablando de una pandemia mundial, así "Según una declaración oficial del director general de la OMS, el SIDA 'es principal problema de salud pública en el mundo'." (Grmek 2004: 273). Así, esta enfermedad tiene consecuencias no sólo en la salud de las personas sino también

en el ámbito económico social y político. Por ejemplo, en los países más afectados, se ha reducido la expectativa de vida en 20 años, ha aumentado la pobreza y se ha retrasado el crecimiento económico (UNAIDS 2008: 13).

Para comprender el desarrollo de la pandemia del SIDA es necesario tener en cuenta no sólo los factores médicos (características de la afección en sí) sino también las circunstancias sociológicas que favorecieron el desarrollo de la misma (Grmek 2004: 236). En efecto, la pandemia de SIDA probablemente no se hubiera dado sin la existencia de algunas actividades y actitudes características de nuestros tiempos tales como la posibilidad de trasladarse rápidamente de un lugar en el mundo a otro, la liberalización de las relaciones sexuales, la invención de la píldora anticonceptiva; lo que abrió la posibilidad de tener contactos sexuales sin enfrentarse a un embarazo no deseado, pero posibilitó un mayor número de encuentros sexuales sin uso de condón.

El primer caso de SIDA en el Perú se dio en el año 1983, es decir, dos años después de diagnosticado el primer caso en Estados Unidos. La presencia del VIH/SIDA en el Perú significó un doble reto tanto para el personal de salud como para la población en general. Para los primeros fue un reto debido a que era una enfermedad prácticamente desconocida, lo que implicaba la no existencia de tratamiento y la no existencia de educación respecto al tema. Para la población en general el reto se halla en el hecho que el VIH/SIDA se encuentra profundamente ligado a la sexualidad, tema sobre el que muchas veces pesan tabúes que limitan su discusión en público. El VIH/SIDA se encuentra ligado –en el imaginario social- a ciertas formas de ejercicio de la sexualidad –tales como las prácticas homosexuales- entendidas como una desviación de la norma. (Cueto 2001: 16 – 17)

"En un contexto social y político de enfrentamiento entre peruanos fue fácil el predominio de las peores respuestas a la pandemia: la discriminación, la falta de solidaridad y la lentitud, debilidad e intermitencia de las políticas públicas. Según el prejuicio más común la enfermedad era sólo un problema –o un castigo- de grupos marginales y moralmente condenables como homosexuales, drogadictos y prostitutas." (Cueto 2001: 40)

En cuanto a la situación peruana, hasta septiembre del 2009, se han reportado 23.446 casos de SIDA y 36.138 de VIH (Sistema de las Naciones Unidas en el Perú 2010). No obstante

este no representa el número real de personas viviendo con VIH /SIDA en el país ya que hay muchos que no son diagnosticados. Así, el cálculo aproximado total es alrededor de 90,000 personas (Ministerio de Salud. DISA V Lima Ciudad. Oficina de Epidemiología. 2009). De este modo, se puede afirmar que existe un sub registro con respecto al número de personas viviendo con VIH en el Perú, lo que genera una que el VIH sea más susceptible de propagarse debido al alto número de personas que desconoce su estado seropositivo.

En nuestro país la prevalencia del VIH/SIDA se encuentra concentrada en los hombres que tienen sexo con hombres, es decir que es una pandemia concentrada. El riesgo de denominar a la pandemia de VIH en el Perú como concentrada radica en que ello origina que todos los esfuerzos de prevención, atención, diagnóstico y tratamiento se vean orientados hacia los grupos de riesgo como los hombres que tienen sexo con hombres y las mujeres en situación de prostitución. Esto invisibiliza a la población general, incluyendo a mujeres infectadas por vía heterosexual. (Reyes 2008: 38)

No obstante debe tenerse en cuenta que un gran número de estos hombres que tienen sexo con hombres también lo tienen con mujeres, lo que genera altas posibilidades de contagio heterosexual y por lo tanto de propagación del virus (ONUSIDA 2004: 36). En efecto, si bien la pandemia es concentrada existe una tendencia hacia la desconcentración.

En este proceso, Cueto propone una división de la historia de las políticas de VIH/SIDA en el Perú en tres etapas. La primera de ellas inicia en 1983 y termina en 1987. Durante esta etapa se crearon dos comisiones y un programa del Estado para el estudio del SIDA. En este contexto, el papel de los medios de comunicación fue básicamente la difusión de información acerca de VIH/SIDA resaltando el elemento de pánico existente debido al poco conocimiento que se tenía de dicho mal (Cueto 2001: 23). De este modo, se presentó al VIH/SIDA como una enfermedad “castigo” para aquellas personas con una vida fuera de la norma establecida por el *status quo*.

La segunda etapa comprende los años entre 1986 y 1996. Esta inicia con la creación del Programa Especial de Control del SIDA (PECOS) y durante la misma aparecen los primeros activistas y voluntarios relacionados con este tema. Ellos eran generalmente personas

viviendo con VIH o sus familiares que se constituían en organizaciones de ayuda y soporte tales como Vía Libre y PROSA. La tercera y última etapa en la clasificación se inicia en el año 1996 con la creación del Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS). En esta etapa también se dio una Ley en contra de la discriminación a las personas viviendo con VIH, entre otros elementos a favor de la no discriminación (Cueto 2001: 23 – 25).

A estas tres etapas propuestas por Cueto habría que sumarle una última iniciada en el 2003 con el cambio del PROCETSS por la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA (ESNPC ITS/VIH y SIDA) (MINSA 2010), en la cual se centrará esta investigación. Así, a partir de 1996 se establecieron nuevos conceptos en el marco de una nueva visión de la lucha contra el VIH/SIDA (CONAMUSA 2003).

- Se incorporaron, en los planes nacionales, estrategias de control contra las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) que facilitan la transmisión del VIH/SIDA en las comunidades donde éstas son prevalentes.
- Se implementó la Vigilancia Centinela en diferentes grupos poblacionales para determinar el nivel de la pandemia existente en el país. La Vigilancia Centinela es aquella que se realiza en grupos poblacionales escogidos, a los cuales se les toma sistemáticamente la prueba de detección (OMS 2004: 11).
- Se priorizaron ciertos grupos poblacionales como los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y trabajadoras sexuales (TS); promoviendo tanto el cambio de comportamiento como su derivación hacia los sistemas de salud para su atención médica periódica. De esta manera se buscó realizar un trabajo de prevención informando a estos grupos poblacionales sobre su situación de riesgo y promoviendo el uso de condones a fin de evitar la transmisión del VIH. Se fortaleció el control de la transmisión vertical de la sífilis y del VIH en gestantes que acuden a control prenatal, también la consejería individual dirigida a gestantes, casos sintomáticos de ITS, poblaciones vulnerables y personas viviendo con el VIH/SIDA.



En el contexto de tratamiento del VIH/SIDA, hasta el año 2003 no existía una provisión gratuita del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) debido al alto costo del mismo y al bajo presupuesto del Estado peruano. Por ello, menos del 10% de la población VIH positiva, es decir viviendo con VIH, recibía dicho tratamiento. Este era brindado principalmente en el ámbito del sistema de seguridad social (EsSalud) (CARE PERÚ 2003).

Es recién en el año 2004 que se modifica la Ley ContraSIDA (Ley 26626) estableciendo el tratamiento como un derecho universal y la obligación del Estado frente a él. Es gracias al proyecto del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria que se posee un financiamiento temporal para sustentar el costo del tratamiento integral para las personas viviendo con VIH. No obstante, esto es a condición de que el Estado asigne recursos progresivamente, de modo tal que dicha gratuidad del tratamiento pueda mantenerse de manera permanente (Corcuera, Hidalgo y Quitana 2006: 20, 28 – 29).

La implementación del TARGA en el Perú fue considerada en el Plan Contrásida 2000 – 2005. Es recién en el año 2003 que se reúnen en Lima los Ministros de Salud de diez países (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela, Argentina, México, Paraguay y Uruguay) para negociar con ocho laboratorios; luego de once meses de negociación se acordó la reducción del precio de los tratamientos antirretrovirales en compras a gran escala. Dos años después, en agosto del 2005 se realiza la II Negociación Conjunta entre Laboratorios y Países de Latinoamérica y México, en ella los laboratorios se comprometieron a reducir los precios de los tratamientos. Así, el esquema de tratamiento básico bajó de \$350.00 por paciente en el 2003 a \$241.00 (MINSA 2006: 23 – 24).

Actualmente, el acceso al TARGA a nivel mundial se ha ampliado considerablemente; sin embargo, en los países pobres aún existe un alto número de personas que requiere el tratamiento y que no lo recibe (UNAIDS 2008: 15). En efecto, debido al alto precio de los medicamentos no todos los países cuentan con el presupuesto necesario para brindarlos de manera gratuita a aquellos que lo necesitan. Esto puede derivar en un desabastecimiento de los mismos o en un número limitado de personas viviendo VIH a las que se les puede brindar el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA).

En nuestro país, hasta Agosto del 2007 eran 8349 usuarios recibiendo el TARGA gratuitamente en establecimientos del MINSA (Ministerio de Salud 2008). En el Perú existen ciertas restricciones o requerimientos que han de ser cumplidos a fin de poder recibir dicho tratamiento. En primer lugar una restricción de lugar: el TARGA sólo puede ser recibido en ciertos establecimientos del Ministerio de Salud (hospitales) y en tres instituciones privadas; en segundo lugar, requerimientos epidemiológicos referidos al estado de la enfermedad como por ejemplo el conteo de CD4 (tipo de glóbulos blancos que son atacados por el VIH) o la carga viral; y también requerimientos sociales como el contar con una persona de soporte que brinde un acompañamiento extra hospitalario, entre otros.

Ahora, incluso en aquellos casos en que todos los requerimientos son cumplidos, han existido –y existen aún- ciertos problemas que no permiten la entrega oportuna de los medicamentos, incluidos en el TARGA, por ejemplo el desabastecimiento de antirretrovirales. En conclusión, el VIH puede alojarse en cualquier persona sin hacer ninguna distinción y no existe cura para los efectos que causa en el cuerpo humano; no obstante el TARGA permite ampliar el tiempo y la calidad de vida de las personas viviendo con VIH. Por ello su relevancia y la importancia de obtenerlo en el momento necesario.

El caso del VIH/SIDA se constituye en un ejemplo emblemático de la importancia del derecho a la salud. Esto es así debido a que, en este caso en particular, el no acceder al tratamiento vulnera directamente la salud de las personas llegando incluso a reducir su tiempo de vida. Por ello, ante los problemas existentes para el acceso adecuado al TARGA, es necesario el desarrollo de acciones por parte de las personas viviendo con VIH que les permitan acceder al mismo en el momento necesario a fin de no afectar su salud.

## **2.2. El derecho a la salud en la atención de VIH**

El VIH al ser un virus que, de no contar con el tratamiento adecuado, deriva en la muerte, denota la necesidad de la salud como un derecho ya que sin el cumplimiento de éste se vulnera directamente el derecho a la vida. Así, el derecho a la salud “puede definirse como

aquel en virtud del cual la persona y los grupos sociales [...] deben gozar del más alto estándar posible de salud física, mental y social" (Corcuera, Hidalgo y Quintana 2006: 11). Es uno de los Derechos Humanos, por lo tanto posee las siguientes características: la universalidad, la indivisibilidad, la integralidad, la imprescriptibilidad, la irrenunciabilidad, la inalienabilidad, la inviolabilidad y la progresividad (Corcuera, Hidalgo y Quintana 2006: 17). Esto implica que el derecho a la salud es de cumplimiento obligatorio para todas las personas, es fundamental dentro de los Derechos Humanos, se mantiene a lo largo del tiempo de vida de la persona, no se puede renunciar a él y no se puede actuar en contra del mismo.

De otro lado, el derecho a la salud abarca cuatro elementos (Organización Mundial de la salud 2007): la disponibilidad, es decir, contar con un número adecuado de establecimientos y programas de salud. La accesibilidad, referida tanto al acceso a información, la accesibilidad económica, física y a la no discriminación. La aceptabilidad, es decir, el respeto a la cultura local y a la ética médica. Y la calidad, es decir ser apropiados desde el punto de vista médico y científico.

Al ser un derecho que el Estado tiene el deber de garantizar se implica también que su infracción o no cumplimiento justifica acciones coactivas. En efecto, "los derechos representan la protección de intereses lo suficientemente valiosos como para que, de no satisfacerlos, la persona afectada resultare perjudicada de manera no trivial." (Videla 2008)

Existen dos tipos de derechos caracterizados por la tradición jurídica como negativos y positivos. Los primeros son aquellos que para ser cumplidos simplemente requieren que no se pongan trabas al curso de acción natural, tal como el derecho al libre pensamiento. El segundo tipo de derechos son aquellos que requieren una acción positiva a fin de garantizar su cumplimiento, este es el caso del derecho a la salud (Vidiella 2008). Para asegurar la realización del derecho a la salud es necesario el ejercicio de diversas acciones tales como la capacitación de personal de salud, la creación de una infraestructura adecuada, la creación y aplicación de políticas específicas, entre otros.

Existen ciertas condiciones fundamentales para la realización del derecho a la salud; entre las de más importancia se encuentran: en primer lugar, el acceso a la información ya que mediante ella se informa a los usuarios de diversos temas relevantes para el cuidado de su salud, promoviendo su participación activa en los mismos. En segundo lugar, la no discriminación y; finalmente, la igualdad de trato. Los dos últimos resultan de gran importancia debido a que tienen la capacidad de permitir o negar el acceso a la atención en salud y de brindar oportunidades iguales y, por lo tanto, la mejor atención en salud posible (Organización Mundial de la Salud 2007). El problema es que en el Perú la salud es considerada –por la mayoría de la población- como un privilegio y no como un derecho:

"Como refiere Loli (2004), en el Perú, el ejercicio de la ciudadanía es bastante restringido y precario. Cuando se trata de la salud, se tiene la idea de que es un servicio que el Estado brinda y que por ello se requieren altos niveles de tolerancia frente a las necesidades existentes y resignación frente a la baja calidad. Ello significa que aún está pendiente la tarea de convertir a los usuarios de salud en ciudadanos en salud, en personas que conociendo sus derechos, se ubiquen frente al Estado no como quien recurre a solicitar un favor o una deferencia sino como ciudadanos que le exigen el cumplimiento de su obligación de garantizar el derecho a la salud." (Corcuera, Hidalgo y Quintana 2006: 27)

En efecto, no se reconoce a la salud como un derecho. Por eso hay una alta tolerancia ante su falta de realización o una provisión del mismo de manera inadecuada; asimismo, no se conocen sus mecanismos de exigibilidad y los usuarios no se consideran sujetos de derechos. También los prestadores de salud no son conscientes de su rol como corresponsables –junto con el Estado- en el cumplimiento de este derecho (Corcuera, Hidalgo y Quintana 2006: 12, 107 – 108).

Existen instrumentos legales mediante los cuales se puede exigir el cumplimiento del derecho a la salud; sin embargo, debido a la falta de información existente, la ciudadanía desconoce estos procedimientos. "Así, no es una práctica común entre los ciudadanos y ciudadanas peruanas hacer uso de mecanismo jurídicos para exigir derechos en el campo de la salud" (Corcuera, Hidalgo y Quintana 2006: 27.) Ante este desconocimiento de los mecanismos jurídicos de exigibilidad se utilizan otro tipo de mecanismos no regulados por la ley, sino creados y aplicados en base al conocimiento de las formas de funcionamiento de

las relaciones establecidas entre el usuario y el prestador de salud. Es decir, el campo de lo informal, y negociaciones no reguladas entre los actores locales. Por lo tanto la relación entre personal de salud y los receptores del tratamiento no es un tema marginal sino un elemento central en el proceso de acceso a la salud.

### **2.3. Relación entre el personal de salud y los receptores del tratamiento**

Al encontrarse estrechamente relacionado con las prácticas sexuales y con algunas prácticas vistas como negativas, el VIH/SIDA trascendió más allá del ámbito meramente clínico para insertarse en el campo de lo social. Esto debido a que sus características involucran prejuicios existentes en las sociedades occidentales.

"En el plano social el SIDA ha trastornado las costumbres más radicalmente que ninguna otra enfermedad de los tiempos modernos. (...), sólo la peste y la sífilis tuvieron consecuencias de envergadura comparable." (Grmek 2004: 17)

Por otro lado, Liguori y Gonzáles (1995: 70) indican que la sexualidad se encuentra constituida socialmente y es debido a ello que las prácticas sexuales se ven circundadas por normas culturales específicas. En efecto, la cultura define en gran parte las características de la conducta sexual tanto del hombre como de la mujer; por ejemplo: el tiempo adecuado para el inicio de la actividad sexual, la actitud de cada uno de ellos hacia el sexo, las prácticas sexuales aceptadas como válidas o adecuadas, entre otros. Así, en las sociedades occidentales las prácticas no heterosexuales son vistas de manera negativa. Tanto así que fueron ubicadas hasta el año 1973 –en el que fueron eliminadas del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III)- como formas de patologías médicas – psiquiátricas. Por ello se afirma que si el comportamiento sexual de la persona se encuentra fuera de lo considerado “normal” o “correcto”, ella será juzgada en el imaginario social (Guajardo 2002: 58; Corcuera, Hidalgo y Quintana 2006: 108). Dichas valoraciones morales exponen al sujeto al

estigma y a la discriminación social; los cuales, como se analizará más adelante, tienen graves consecuencias.

"Un análisis de la pandemia de VIH entre los HSH [Hombres que tiene Sexo con Hombres] en América Latina y el Caribe sugiere un complejo cuadro en el cual el estigma y la exclusión social han alimentado una pandemia que, por la proporción de miembros de esta población que se han infectado, enfermado y muerto, puede calificarse de devastadora. Los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres han sido la población más afectada por esta pandemia en la región, y continúan siendo el grupo más vulnerable a la infección por VIH y a la enfermedad y muerte secundarias a ésta." (Cáceres 2002: 50)

Es así que cuando una persona viviendo con VIH/SIDA decide acercarse a recibir tratamiento o información a algún centro de salud se enfrenta al estigma y la discriminación que son parte del imaginario social, y por lo tanto se encuentra también presente en los prestadores de servicios de salud (Corcuera, Hidalgo y Quintana 2006: 107). Ellos, al ser parte de la sociedad, también se ven influenciados por las opiniones de la misma. En este caso por las opiniones respecto al VIH / SIDA.

"El trato inadecuado e incluso maltrato de las personas se vincula muchas veces a la expresión de juicios de valor, basados en las propias representaciones sociales de los prestadores de salud." (Corcuera 2006: 117)

Cualquier persona, al acercarse al personal de salud debido a un problema en la misma espera recibir un trato adecuado y salir de ahí con una respuesta a su problema, o al menos, el conocimiento de su diagnóstico. De este modo, "(...), la comunicación entre el personal de salud y los pacientes es la llave para una consulta médica 'exitosa'." (Datye y otros 2006: 343)

En el caso del VIH/SIDA la importancia de una adecuada comunicación entre el personal de salud y las personas viviendo con VIH es aún mayor, ya que el mencionado virus se encuentra estrechamente relacionado con conductas y actitudes de las personas que deben ser comunicadas al personal de salud a fin de que este –en base al conocimiento de dichas actitudes- determine la consejería a realizar con dicha persona. Asimismo, las pruebas y el

tratamiento de VIH/SIDA poseen muchos retos logísticos y éticos que deben ser abordados mediante una efectiva comunicación entre el personal de salud y las personas viviendo con VIH/SIDA (Datye y otros 2006: 344). De este modo, el VIH/SIDA trasciende el ámbito de lo puramente clínico ya que implica un universo de imaginarios involucrados, un cambio radical en el estilo de vida, una duda acerca de si revelar a la familia y amigos el estado de seropositividad y –en caso se decida revelarla- cómo hacerlo, entre muchos otros.

En los primeros años del VIH en el Perú la actitud del personal de salud para con las personas viviendo con VIH era básicamente de temor y rechazo, tratándolos como si fueran “pacientes de segunda clase”. Este fenómeno generó patrones de discriminación basados en el rechazo y temor hacia la persona viviendo con VIH. Un voluntario de la ONG Vía Libre narra la siguiente:

“[A inicios de la década del 1990] Un paciente tiene un accidente y tiene el valor y la calidad humana de advertir al médico sobre su seropositividad: no fue operado, quedó cojo hasta su muerte. ¿Qué se logra con esto? ¿Qué para ser atendidos nieguen su status y pongan en riesgo a otras personas?” (Cueto 2001: 91)

Lo anterior nos muestra que existía una negación a tratar a las personas con VIH/SIDA e incluso a realizar autopsias a aquellos fallecidos por dicha enfermedad; todo ello por temor de resultar contagiados de manera accidental. Tal como afirma Ana María Rosasco (Rosasco citada en Cueto 2001:92): “el temor del personal de salud se encontraba extendido”. Campos, por su parte, describe la situación existente de la siguiente manera:

“El trabajo con pacientes que sufren SIDA representan una carga emocional especial por el tipo de vivencias que conlleva cuando se cuida a un paciente con SIDA, los profesionales de la salud se enfrentan a una enfermedad nueva, poco conocida, atemorizante y estigmatizada que plantea un reto profesional y especialmente personal, la enfermedad despierta temor a ser contagiado accidentalmente y produce preocupación por su propia salud física.” (Campos 1994)

Así, estas actitudes del personal de salud generaron desconfianza de parte de las personas viviendo con VIH hacia los primeros, lo que entorpeció la acción preventiva durante los primeros años de la pandemia, favoreciendo así su rápida diseminación (Frasca 2002: 140).

Esto significó: discriminación y dificultad en la prevención, lo cual vulnera los principios del derecho a la salud.

Ahora bien, los principios rectores de la relación personal de salud-usuario son la autonomía personal y el consentimiento informado. Por autonomía personal se entiende que las personas pueden decidir –sin intervención externa- todos los aspectos relativos a su salud. El consentimiento informado hace referencia al derecho de los usuarios de recibir de parte del personal de salud toda la información necesaria que les permita decidir –haciendo uso de su autonomía personal- optar o no por determinado tratamiento (Antela 2004). De este modo, se puede afirmar que

"En contacto directo con los pacientes afectados por el SIDA, los médicos, el personal hospitalario y los trabajadores sociales se encuentran con frecuencia frente a problemas graves, tanto de orden práctico como relacionados con principios deontológicos. Esos problemas exigen soluciones a la vez inéditas y acordes con la dignidad humana y con las altas tradiciones de responsabilidad personal y colectiva de los profesionales de la salud." (Grmek 2004: 18)

Por otro lado se puede afirmar que existe una relación asimétrica de poder entre el prestador del servicio de salud y el usuario. Este último experimenta una necesidad o debilidad y es el prestador del servicio de salud –personal de salud- el que se encuentra en capacidad de brindarle una “solución” al problema (Corcuera, Hidalgo y Quintana 2006: 106 – 107). En efecto, el usuario acude al personal de salud en búsqueda de ayuda.

Muchos usuarios demuestran una confianza prácticamente ciega en el personal de salud, situación que permite a estos últimos establecer una relación paternalista con los primeros. Esto genera que exista un número considerable de quejas sobre los médicos basadas en problemas en la comunicación y trato digno; así, se afirma que “Los doctores no hablan, explican o discuten” (Kumar citado en Datye y otros 2006: 345) sino que se limitan a “dar una solución” sin mayor explicación de la misma. Ante esta situación

"[es] necesario también educar a los profesionales de la salud, (...), sobre la responsabilidad que tienen frente a los enfermos de SIDA e infectados. De nada sirve ocultar información o minimizar el problema, pues son actitudes que



afectan a la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad y perjudican todas las acciones de prevención y control." (Cueto 2001: 92)

Esta educación a los profesionales de la salud debe basarse en el derecho de cada persona de tomar sus propias decisiones con respecto a su salud; la confidencialidad entendida como el secreto médico; la no discriminación del portador y finalmente, la educación e información adecuada acerca de todos los aspectos relativos a su enfermedad (Manzelli y Pecheny 2002: 126).

Un punto de suma importancia es que al acercarse a recibir tratamiento o a realizarse pruebas de despistaje del VIH, estas personas no sólo se enfrentan a la situación de desventaja frente al personal de salud sino también al estigma presente en el entorno social y familiar así como en el mismo personal de salud. Este estigma en muchos casos es interiorizado generando un sentimiento de autocensura y culpa (Corcuera, Hidalgo y Quintana 2006: 107). La culpa hace que se vea la enfermedad como un castigo merecido debido al comportamiento fuera de los estándares socialmente aceptados. Así, algunos piensan –hasta el día de hoy- que

"El mal no pone en peligro a la 'gente decente' como usted y yo, sino solamente a personas 'estigmatizadas' de antemano por su comportamiento, por su origen étnico o por una tara." (Grmek 2004: 63)

El gran problema con el sentimiento de culpa en las personas viviendo con VIH es que ella, en muchos casos, impide que las mismas se acerquen a recibir tratamiento o a realizarse pruebas de despistaje. Asimismo, muchas veces no revelan su estado de seropositividad lo que genera un problema para conocer la real extensión de la enfermedad (Cueto 2001: 11). Cómo ya se ha mencionado, existe un gran número de personas en el Perú que desconocen su estado de seropositivo, lo cual representa un grave problema para el control de la enfermedad.

En el contexto peruano la discriminación se encuentra presente. Teniendo en cuenta que la pandemia de VIH/SIDA en el Perú se encuentra básicamente concentrada en el grupo poblacional de hombres que tienen sexo con hombres y que dicho grupo no es socialmente aceptado y es discriminado, se puede indicar que existe una discriminación en contra de aquellas personas viviendo con VIH/SIDA, llegando al extremo de limitar algunos de sus

derechos formalmente reconocidos (Manzelli y Pecheny 2002: 129). Por ejemplo, los casos en los que el personal de salud se niega a atender o se demora en la atención de las personas viviendo con VIH.

Ahora bien, es cierto que hoy en día existen diversas Organizaciones No Gubernamentales y grupos sociales conformados por o dirigidos a personas viviendo con VIH los cuales son una base de sociabilidad para las mismas; no obstante, continúa existiendo una fuerte discriminación contra las mismas (Gujardo 2002: 72; Toro-Alfonso 2002: 84). El peso del estigma y la discriminación es tan grande que se afirma que la pandemia del VIH/SIDA ha sido alimentada por los mismos (Cáceres 2002: 50) ya que la discriminación genera un maltrato constante lo cual puede generar una autoexclusión de la persona viviendo con VIH y una no revelación de su seropositividad tanto a su entorno social como a sus eventuales parejas sexuales (Corcuera, Hidalgo y Quintana 2006: 119).

"La mayor parte de las personas afectadas y de las poblaciones más vulnerables están ligadas a los estratos de mayor pobreza de las grandes ciudades, agravando su situación, la discriminación y estigmatización presentes en la sociedad frente al VIH/SIDA y a las personas que lo padecen." (CARE Perú 2003)

"Adicionalmente, en todos los casos, la situación experimentada se vincula con la vivencia de la sexualidad, lo cual la hace más compleja, debido a que las valoraciones morales claramente establecidas en el imaginario social para dichos casos de alguna manera exponen a las personas a ser juzgadas, al estigma y a la discriminación." (Corcuera 2006: 106)

Las consecuencias de la existencia de estigma y discriminación en relación al VIH/SIDA son muy variadas. La discriminación crea una visión única (aceptada) de la masculinidad y de las relaciones que deben establecer las personas entre sí. Estas relaciones socialmente aceptadas, al ser diferentes a las conductas de aquellos que tienen sexo con hombres, generan que estos últimos tiendan a la exclusión tanto individual como social (Toro-Alfonso 2002: 83 – 85). No obstante debe tenerse en cuenta la expansión de la pandemia a otros grupos sociales tales como mujeres heterosexuales, adolescentes, personas en situación de pobreza.

La exclusión y autoexclusión de las personas viviendo con VIH favorece la expansión de la pandemia lo que "contribuye al deterioro de la calidad de vida y al ejercicio de los derechos

de muchas personas y grupos." (Manzelli y Pecheny 2002: 129). Por otro lado, las experiencias de discriminación o de intolerancia social pueden generar en la persona una situación de auto-agresión (Guajardo 2002: 72). Se puede indicar que para lograr una real efectividad de los programas tanto de promoción de la salud como de reducción de riesgo en relación al VIH/SIDA es necesario terminar con las situaciones excluyentes, discriminatorias y de no respeto a los derechos de las personas (Toro-Alfonso 2002: 93).

En este sentido, si bien la discriminación es expresada en muchos ámbitos de la vida social, es aquella que ocurre entre el personal de salud y las personas viviendo con VIH la que afecta directamente el tratamiento y, por lo tanto, vulnera el derecho a la salud. El estigma en este contexto se agudiza, pues es el personal de salud, el representante del Estado para garantizar este derecho, el mismo que lo vulnera.

#### **2.4. Comunicación y salud**

En los últimos años se viene dando gran importancia a la unión entre estos dos conceptos. Ello debido a que "ambos constituyen dimensiones de la vida cuya articulación (o ausencia de articulación) afecta de manera directa la salud y, en un sentido más amplio, la calidad de vida de los individuos, las familias y las sociedades." (Silva 2001: 121).

De este modo, la comunicación para la salud es entendida como un proceso de modificación del comportamiento hacia estándares que favorezcan la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Asimismo, se trabaja también sobre los factores físico - ambientales que rodean el comportamiento de determinado grupo humano y también su situación económica, social y cultural.

Así, la comunicación y la salud se encuentran íntimamente relacionadas no sólo en el ámbito de la prevención sino también en la atención en sí, ya que la primera se constituye en un elemento esencial para poder brindar una atención de calidad y con calidez. En esta

atención el concepto “salud” tiende a ser entendido como la ausencia de enfermedad, es decir mediante una concepción negativa.

“La definición de Salud se ajusta a una visión científico-empírica y no a una construcción socio-cultural. La salud y la enfermedad se definen a partir de una base objetiva (o pretendidamente objetiva), sustentada en la identificación de datos anatómicos y fisiológicos.” (Silva 2001: 127)

En esta investigación nos basaremos en la perspectiva ecológica de la comunicación en salud y la teoría de la organización comunitaria. La perspectiva ecológica afirma que existe una causalidad recíproca entre el individuo y sus entornos, es decir, el comportamiento influye en el entorno social y, al mismo tiempo, éste es influido por el comportamiento. Así, se “destaca la importancia de considerar los problemas de la salud pública a múltiples niveles y destacar la interacción e integración de factores dentro de los niveles y entre los mismos.” (Glanz 1996: 8)

Desde esta perspectiva se considera que el comportamiento es afectado por diversos factores como características individuales que influyen en el comportamiento. Conocimientos, actitudes, creencias y rasgos de personalidad, es decir, factores personales. Entre los factores interpersonales se cuentan procesos interpersonales y relaciones establecidas con los grupos primarios tales como familia, amigos, grupos de pares; ellos proporcionan identidad, apoyo y definición de roles. Los factores institucionales son aquellos referidos a normas, reglamentos y/o políticas que pueden limitar o fomentar diversos tipos de comportamientos. Los factores comunitarios se refieren a redes y normas sociales que existen como algo formal o informal entre individuos, grupos o organizaciones. Finalmente, los factores relacionados a la política pública hacen referencia a las políticas locales, estatales, leyes, prácticas.

Por otro lado, la teoría de la organización comunitaria plantea la identificación de un problema o meta común a un grupo y la elaboración de estrategias para su resolución. Esto es de vital importancia en el caso del VIH/SIDA debido a que “en el campo de la infección por VIH y SIDA el único medio de prevención y control es el cambio de conducta” (ACADEMIA DE DESARROLLO EDUCATIVO 1996), y este cambio de conducta debe

ser comunitario ya que el VIH se transmite de unos a otros, por lo que un cambio de conducta individual no basta para detener su avance.

En el contexto médico la comunicación interpersonal se vuelve la protagonista. Esta se manifiesta en un marco social o situación determinada (en este caso la cita de atención) y puede y puede pasar de lo formal a lo informal, de lo estructurado a lo espontáneo.

“Este tipo de comunicación abarca tanto la verbal (mediada por el habla) como la no-verbal (mediada por elementos distintos al habla): gestos, posturas, orientación, distancia y movimientos corporales; contacto visual, aromas y señales como vestimenta, entre otros.

La calidad de la comunicación interpersonal en los locales de salud es un tema clave dentro del campo Comunicación y Salud. Para favorecer una relación asistencial buena y productiva -que tome en cuenta dimensiones como la empatía y la compasión, además del dominio de los aspectos estrictamente técnico/sanitarios- es fundamental reconocer que en la comunicación interpersonal el emisor y el receptor son actores distintos, con historias y experiencias de vida diferentes, que además manejan lenguajes y códigos también distintos en muchos casos, que inevitablemente alternan roles y se transforman al mismo tiempo en emisores y receptores del entorno, poniendo en juego mensajes múltiples con múltiples sentidos.” (Silva 2001: 127)

Por ello se debe usar diferentes maneras de comunicar frente a las diferentes situaciones que puedan presentarse en una relación médico – paciente. Asimismo, se debe tener en cuenta el entorno cultural tanto personal como el del interactuante, esto debido a que dicho entorno determina la forma de actuar frente a la enfermedad.

## **2.5. Estigma, conflicto y estrategia**

Como ya se ha dicho, La mención del VIH / SIDA genera la aparición de patrones al respecto en la sociedad en general. Muchos de estos patrones presentan una visión negativa y estigmatizada de la enfermedad. ¿Qué entendemos por estigma?

"Señalamiento de una práctica (por ejemplo, el sexo anal), una experiencia (por ejemplo, la seropositividad) o un grupo (por ejemplo, los homosexuales) como negativo, incómodo o indeseable." (Cáceres 2002)

De acuerdo a Goffman la estigmatización es una forma específica de discriminación social. Así, el estigma es un determinado rasgo ya sea físico, de identidad o forma de comportamiento que marca a la persona desvalorizándola socialmente. El estigma es creado por la sociedad, siendo ella la que otorga un valor negativo a determinadas características; de este modo, una persona poseedora de cierto estigma es considerada de alguna manera inferior (Manzelli y Pecheny 2002: 128).

Con la aparición del VIH/SIDA se ha hecho mucho más notoria el pánico moral y el estigma relacionados a la sexualidad, sobre todo a aquella que se aleja de los parámetros “normales”. Así, si el comportamiento sexual de determinada persona se encuentra fuera de lo socialmente aceptado, dicha persona es juzgada negativamente (Cueto 2001: 11). El pánico moral lleva a que se piense que una persona seropositiva mantiene o ha mantenido –aunque sea una vez- relaciones homosexuales, tiene una vida sexual promiscua, o tiene problemas de drogas; todas estas son conductas no aceptadas por la sociedad y por lo tanto, pesa sobre ellas un estigma. Pocas veces se piensa en la posibilidad de haber sido contagiado por negligencia médica o porque la pareja haya mantenido relaciones fuera de la relación sin protección, entre otras posibilidades.

El VIH/SIDA fue, desde un principio, asociado con grupos marginales estigmatizados, (recordemos que en un principio era llamada popularmente como la enfermedad de las “cuatro H”). Tiempo después, el estigma de los grupos de riesgo fue ampliado a las trabajadoras sexuales y a los hombres privados de su libertad (Cueto 2001: 29 – 30). El estigma, tanto en la sociedad como en los establecimientos de salud, se mantiene presente a pesar de las leyes y programas existentes. Esto pone en grave peligro los logros alcanzados en la lucha en contra de esta enfermedad (Cueto 2001: 12).

Ya se ha planteado una relación entre el estigma y la discriminación al cual se enfrentan generalmente las personas viviendo con VIH tanto en la sociedad en general como en el ambiente de los centros de salud. ¿Qué es exactamente un estigma? Erving Goffman lo plantea como la posesión de “un atribuyo que lo vuelve diferente de los demás (...) y lo convierte en alguien menos apetecible –en casos extremos, en una persona casi enteramente

malvada, peligrosa o débil.” (Goffman 1995: 12). Así, la persona deja de ser vista como una persona igual a uno y se le convierte en un ser inferior. En efecto, un estigma produce un descrédito de la persona y de sus capacidades.

Cada grupo de sujetos plantea un estereotipo en el cual se proponen las características que deben o no tener los sujetos de determinado grupo. En base a ese estereotipo se desarrolla el estigma. Así una característica estigmatizadora en determinado espacio / tiempo probablemente no lo sea en otro. Goffman plantea tres tipos de estigma; el primero se refiere a las características físicas, llamadas por él abominaciones del cuerpo. Por ejemplo deformaciones o mutilaciones. El segundo está referido a

“los defectos del carácter del individuo que se perciben como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas, deshonestidad. Todos ellos se infieren de conocidos informes sobre, por ejemplo, perturbaciones mentales, reclusiones, adicciones a las drogas, alcoholismo, homosexualidad, desempleo, intentos de suicidio y conductas políticas extremistas.” (Goffman 1995: 14).

Finalmente, el tercer tipo de estigma es aquel que es transmitido por herencia y, por lo tanto, contamina a todos los miembros de la familia; por ejemplo: la raza, la religión, entre otros. Así, las personas poseedoras de este tipo de estigma suelen no tener posibilidad de superación del mismo, por ejemplo, en el caso de la raza.

Como ya se ha mencionado, la existencia de un estigma puede generar discriminación hacia la persona. Esto debido a que el estigma puede generar que la cualidad de humano de dicha persona se vea disminuida (Goffman 1995: 15). Al considerarlo menos humano, es “normal” que reciba otro tipo de trato. En efecto, esta deshumanización normaliza actitudes o tratos que serían calificados como negativos si se aplicaran en un ser humano pleno. Por otro lado, el propio sujeto al darse cuenta de la característica por la cual es estigmatizado puede reaccionar con vergüenza, generando así su propio aislamiento e incluso una autodiscriminación. La pregunta es ¿cómo entender la situación de discriminación por estigma?

La discriminación es un fenómeno social dinámico; esto implica que requiere de la convivencia de diversos grupos sociales. Asimismo, ella varía tanto de un grupo social a otro como entre los miembros de un solo grupo. Consiste en la privación de iguales derechos y deberes a un grupo de personas por diversas razones, ya sean culturales, religiosas, de género, raciales, entre otras. (Marchand 2004: 1)

De este modo, la discriminación por estigma genera relaciones conflictivas entre discriminadores y discriminados. Estas relaciones conflictivas pueden ser estudiadas de modo diverso. En esta investigación se entenderá al conflicto en base a Georg Simmel; él plantea el conflicto como una forma de socialización; es decir, una interacción debido a que es imposible de ser llevado a cabo por una sola persona. De este modo, el conflicto es la vía para resolver “dualismos disociantes”, logrando finalmente la unidad, así sea mediante la eliminación de una de las partes. En conclusión; el conflicto no es algo intrínsecamente negativo sino que tiene también aspectos positivos (Simmel 1964: 13 – 14). Así el conflicto se constituye en un elemento que engendra tanto pérdidas, desintegración y daños entre las partes como la integración entre las mismas. De este modo, posee consecuencias contradictorias

Se considera importante esta concepción del conflicto ya que ella trasciende la simple crisis y ruptura, generada por el conflicto en un primer momento, para llegar a una consecuencia positiva que implica la superación del conflicto previo. Cabe aclarar que esta superación no implica necesariamente un consenso pacífico entre ambas partes. En efecto la superación puede darse también de manera violenta, en el caso más extremo, mediante la aniquilación de alguna de las partes involucradas.

El estigma, la discriminación y el conflicto derivado de ambos generan cambios en las relaciones comunicacionales entre los interlocutores, en este caso, entre personas viviendo con VIH y el personal de salud. Por ello, las primeras recurren a la utilización de diversas estrategias comunicacionales que les permitan superar los conflictos para lograr el ejercicio pleno de su derecho a la salud.



Se busca comprender las estrategias de comunicación utilizadas por las personas viviendo con VIH para acceder al TARGA en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH y SIDA del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL). Se entiende por estrategias una actividad de las personas en situaciones asimétricas. En efecto, se utiliza la palabra “actividad” debido a que nos referimos a una acción en sí y no simplemente a una espera pasiva de parte de los actores involucrados (Mujica 2008: 63). Dicho de otro modo, las personas viviendo con VIH no son actores pasivos frente al sistema de salud; todo lo contrario, desarrollan estrategias que les permiten alcanzar sus objetivos.

Pensar la discriminación por estigma como una relación conflictiva y pensar el conflicto como un modo de relación, nos permite centrar el problema de trabajo. En el contexto de la epidemia de VIH, el personal de salud y las personas viviendo con VIH tienen relaciones conflictivas, y por ende, problemas de interacción y comunicación en su vida diaria. Estos problemas se enfrentan mediante la ejecución de diversas estrategias de comunicación. ¿Cuáles son?, ¿Quiénes las ponen en práctica?, ¿Cómo logran solucionar los problemas?

### 3. Programa metodológico

Desde el punto de vista social y del desarrollo resulta de suma importancia analizar la atención brindada en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH/SIDA del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) debido a que ella se constituye en un factor de acercamiento o alejamiento de las personas viviendo con VIH al TARGA.

Es importante estudiar este tema debido a que el TARGA es fundamental para prologar la vida y mejorar la calidad de la misma de todas aquellas personas que viven con VIH. Además, el VIH es un virus que –debido a su magnitud mundial y a sus implicancias- trasciende más allá del ámbito de la salud. Es un problema que ha trascendido su dimensión inicial para pasar a formar parte transversal del contexto actual. Así, ha pasado de ser un problema de salud a ser un problema tanto económico como social, de derechos, de inclusión, entre otros. Asimismo es uno de los grandes temas a trabajar según los Objetivos del Milenio.

Respecto a la universidad, en ella no existe una línea de investigación sobre VIH y si bien existen algunas tesis que trabajan el tema, éstas no se centran en la relación de ciudadanía, derecho a la salud y comunicación. Por estas razones la presente investigación serviría como antecedente para aquellos alumnos que tengan interés en estos temas y que –en algún caso- decidan trabajar estos temas en un futuro. Asimismo, existe considerable material relacionado al VIH desde la perspectiva de las Ciencias Sociales más considero que la comunicación también debe tomarse en cuenta como un punto de vista importante desde el cual analizar el tema.

Así, esta investigación es importante debido a que ella se inserta en un terreno de investigación poco estudiado en cuánto al campo de trabajo, a la relación existente entre pacientes y personal de salud –en general- y entre personas viviendo con VIH y personal de salud –específicamente-, y al TARGA. Por otro lado se busca lograr una comprensión

cuantitativa comunicacional de la relación entre personas viviendo con VIH y el personal de salud a fin de conocer a profundidad las percepciones de los actores involucrados. Este tipo de metodología nos permite conocer los diferentes puntos de vista involucrados en el tema y realizar análisis y comparaciones entre los mismos; asimismo posibilita la incorporación de la subjetividad de los actores involucrados en el tema, la cual en un tema ligado a la sexualidad y a los valores culturales –tal como es el VIH- resulta de suma importancia. Generalmente esta relación se estudia desde un enfoque cuantitativo, concentrándose en el número de personas viviendo con VIH que reciben tratamiento. Finalmente, existirá un contacto comunicacional directo; por lo tanto se trabajará con información de primera mano obtenida en la interacción con los actores de turno.

Personalmente, el interés por este tema nace en base a trabajos previos realizados en el Facultad de Ciencias y Artes de la Comunicación, específicamente en el curso de Diagnóstico y Diseño de Proyectos. En este curso trabajé en base al proyecto de CARE Perú: “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú”, realizando un diagnóstico sobre las razones por las que las personas viviendo con VIH no se acercaban a recibir el TARGA a pesar de la gratuidad del mismo. Una de las conclusiones del mencionado trabajo fue que algunas de ellas preferían no recibir tratamiento y así evitar también el maltrato al que eran sometidos en los hospitales que brindaban el TARGA.

Este hecho despertó en mi el interés por conocer la realidad de la atención en VIH en los hospitales que brindan TARGA, por ello decidí centrarme en el Hospital Loayza ya que es uno de los hospitales con mayor cantidad de atenciones a personas viviendo con VIH en el Perú.

En cuanto a las herramientas de investigación, para describir al personal de salud de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH/SIDA del HNAL se realizaron entrevistas a profundidad, asimismo se observaron horarios y modos de trabajo. Respecto a los criterios formales establecidos de la calidad de servicio, se revisó documentación técnica, leyes y manuales realizados tanto por el Ministerio de Salud del

Perú como por otras instituciones internacionales relacionadas al tema del VIH tales como ONUSIDA.

Los modos de atención utilizados por el personal de salud en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH/SIDA del HNAL se analizaron en base a la observación *in situ*. Asimismo, esta observación fue contrastada con lo relatado tanto por las personas viviendo con VIH que se atienden en la Estrategia como por el personal de salud que ahí labora.

Para lograr describir a las personas viviendo con VIH que reciben el TARGA en el Servicio de Infectología del HNAL también se recurrió tanto a la observación como a las respuestas brindadas en las entrevistas a profundidad. Sobre los requisitos de acceso al TARGA, se consultaron reglamentaciones y se corroboró lo establecido en ellas por medio de entrevistas al personal de salud.

Para el análisis de los conflictos existentes entre las personas viviendo con VIH y el personal de salud, y de las estrategias comunicacionales puestas en práctica a modo de superación de los mismos, me baso en lo relatado por ambos actores a través de entrevistas a profundidad. Asimismo, esta información es contrastada mediante la observación directa de la interacción entre ambos actores.

La selección de una metodología cualitativa responde a la necesidad de conocer el punto de vista de los informantes directamente en campo. En efecto, el interés de la presente investigación no se encuentra en tomar mediciones exactas sino en conocer la atención brindada en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH/SIDA del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) y así comprender los mecanismos y causas de los conflictos y las estrategias de comunicación desarrolladas por las personas viviendo VIH.

Al ser el tema de investigación un tema de salud muy ligado a la sexualidad, debe tenerse en cuenta que la sexualidad está construida socialmente; como ya se mencionó, las prácticas sexuales se encuentran inscritas en la cultura específica de cada sociedad. Así,

Liguori y González afirman que "Cuando se planean estudios sobre sexualidad, los métodos cualitativos son los más eficaces para profundizar en diversas problemáticas ligadas con ese tema." (Liguori y Gonzales 1995: 76)

El advenimiento del SIDA influyó en la aceptación y reconocimiento de la relevancia de las aproximaciones cualitativas en relación a los problemas de salud. Así, se reconoció la importancia del comportamiento y –en este caso en particular- de la sexualidad y las prácticas sexuales. De este modo, es necesario construir una relación con la población objetivo y lograr comprender su comportamiento desde su propio punto de vista (Heggenhougen 1995: 11 - 12), logrando así una descripción comprensiva de lo que sucede en el espacio de investigación.

En cuanto a los criterios de selección del lugar de campo, estos fueron básicamente tres. En primer lugar la cantidad de personas viviendo con VIH que reciben tratamiento en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza; su número asciende a aproximadamente 1070 personas en el año 2008. En segundo lugar, seleccioné el mencionado Hospital ya que existe una red de contactos al interior del mismo, la cual puede ser de utilidad al momento de obtener acceso a la muestra seleccionada.

En tercer lugar, el último criterio del lugar de campo se dio una vez que me acerqué al Hospital Loayza, por lo que se puede decir que es más bien un criterio que reafirmó la utilización de la muestra seleccionada. Este criterio es la buena aceptación que tuve en el GAM “Nueva Esperanza”. Los GAMs son Grupos de Ayuda Mutua, es decir organizaciones conformadas por personas viviendo con VIH para discutir entre ellos diferentes temas como los avances en su tratamiento, temas de su vida personal, entre otros. Existen diversos GAMs en Hospitales, ONGs y demás asociaciones, yo me centraré en el GAM “Nueva Esperanza” que es el GAM perteneciente al Hospital Loayza.

El criterio de validez con el que se trabajó es el criterio de saturación; esto quiere decir que se recogió información hasta el punto en que se todas las posibilidades de respuestas fueron cubiertas, es decir, dejaron de emerger datos nuevos de importancia para la investigación (Strauss y Corbin 2002: 231). Este criterio se aplicará en un modelo de sociedad total

planteado por Goffman; él lo define como “un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente.” (Goffman, 1972: 13). De este modo, se considera a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH y SIDA del Hospital Nacional Arzobispo Loayza como un espacio en el que se desarrolla una sociedad total.

Respecto al modelo teórico a seguir, éste es el siguiente. Se propone la construcción de una teoría fundamentada, es decir, a partir de los datos empíricos construir una teoría; en otras palabras, un análisis inductivo. Lo que se busca es realizar un estudio de caso que permita generar conceptos y a partir de ellos –que son recogidos en el campo- realizar un análisis inductivo. El procedimiento a seguir es el siguiente: En primer lugar se realiza la entrevista, la cual luego es desgrabada. Con la información obtenida de la desgraba se realiza una codificación construyendo un libro de códigos. Finalmente se construye una matriz de datos para cada una de las categorías. La codificación se realiza en base a un libro de códigos. Este es construido a partir de cuatro fuentes diferentes: a) los ejes de la guía de entrevista, b) las dimensiones que fueran apareciendo en el proceso de lectura de las mismas, c) los ejes de la guía de observación, y d) las dimensiones que fueran apareciendo en las visitas / observaciones realizadas y que no hayan sido consideradas previamente para la elaboración de la guía de observación. (Ver el modelo completo en: Jones, Manzelli y Pecheny 2004)

El proceso de trabajo de campo se realizó durante los meses de enero y abril del año 2010. Durante este periodo de tiempo en un primer momento se realizaron los trámites necesarios para poder trabajar con la población seleccionada. Me presenté con el personal de salud y expliqué que es lo que buscaba con mi trabajo, el tiempo que me tomaría y la metodología a utilizar. En base a esto se me asignó un asesor médico con cuya firma pude solicitar un permiso de investigación al Hospital. Debido al tiempo que toma realizar los trámites en el Hospital Loayza, los médicos de la Estrategia me permitieron empezar a trabajar mientras que mi permiso de investigación se encontraba en trámite.

De este modo, en un segundo momento se buscó establecer confianza con las personas tanto que se atienden en la Estrategia como con el personal de salud de la misma. Para esto tuve una presencia continua en el lugar desarrollando conversaciones casuales con las personas que ahí se encontraban. Ello generó que en poco tiempo sea vista como un elemento natural más dentro de la Estrategia. Luego de eso se procedió a realizar las entrevistas a profundidad tanto con personal de salud como con personas viviendo con VIH.

Durante el trabajo de campo resultó muy interesante presenciar las reuniones de las personas viviendo con VIH, se compartió con ellos momentos en los que explicaban factores clínicos del VIH, en los que contaban sus historias personales, en los que compartían y organizaban paseos de integración y talleres con familiares, entre otros. Todas las personas viviendo con VIH brindaron información sin restricción al momento de conversar casualmente con una persona desconocida para ellos (en este caso yo), logrando tratar temas personales tales como su historia de vida, su vida familiar o de su propio estado de salud. No obstante al momento de solicitarles grabar la conversación y realizar la entrevista de manera más formal muchos de ellos no aceptaban por temor a verse descubiertos frente a algún amigo o familiar; esto a pesar de que se les insistió en el uso de un seudónimo en caso no desearan mencionar su nombre real.

El personal de salud, sobre todo los médicos de la Estrategia, también resultó muy abierto para expresar opiniones. En este caso el mayor problema para la realización de las entrevistas fue el poco tiempo con el que cuentan debido a la saturación de pacientes y al hecho de que poseen doble o triple trabajo. En cuanto a las enfermeras, la mayoría de ellas era más reacia a ser entrevistadas, aducían tanto que no tenían tiempo como que nadie les había informado sobre mi investigación, sin embargo algunas de ellas si habían estado presentes en la reunión inicial en la cual me presenté y presenté mi tema de investigación y donde el jefe del Servicio de Infectología, Dr. Matos, me brindó su permiso para realizar el trabajo de campo.

Por último, respecto a las herramientas que se utilizaron, éstas son cuatro. En primer lugar la observación directa no participante, la cual permitió observar las actitudes y comportamientos tanto de las personas viviendo con VIH como del personal de salud en su ambiente natural. En segundo lugar, la entrevista a profundidad semi estructurada a fin de conocer lo que el público objetivo piensa en cuanto a la atención, los criterios formales de la misma, las relaciones establecidas, entre otros.

En tercer lugar se realizaron también entrevistas informales, es decir, conversaciones casuales a través de las cuales se pudo obtener información de manera menos formal. Finalmente, se trabajó con diagramas de trayectoria, los cuales permiten conocer las rutinas tanto de las personas viviendo con VIH como del personal de salud.

En general, todas estas herramientas permitieron conocer tanto las actitudes como las percepciones de los involucrados, ya que en base a lo recogido mediante ellas se obtiene no sólo la evidencia del decir –entrevistas- sino también la del hacer –observación directa-. Con estas herramientas se desarrolló el trabajo de campo entre el 19 de enero del 2010 y el 12 de abril del mismo año, habiéndose completado 28 horas de observación en campo en base a la guía de observación diseñada (anexo 1).

Asimismo, se realizaron diecisiete entrevistas a profundidad, nueve al personal de salud y ocho a personas viviendo con VIH que se atienden en la Estrategia. Entre el personal de salud se incluyó a la psicóloga, dos trabajadoras sociales, dos enfermeras y cuatro infectólogos. Se crearon guías de entrevistas diferenciadas para el personal de salud y para las personas viviendo con VIH, en ambos casos estas giraron en torno a la descripción del personal de salud y los criterios formales establecidos de la calidad de servicio, los modos de atención utilizados por el personal de salud, la descripción de las personas viviendo con VIH y los requisitos de acceso al TARGA y el análisis de los conflictos existentes entre las personas viviendo con VIH y el personal de salud.



#### **4. El personal de salud y la calidad de servicio en la atención de los pacientes viviendo con VIH en el Loayza**

##### **4.1. El Hospital Loayza y la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH y SIDA**

Los hospitales son los lugares a los que la gente acude a fin de solucionar sus problemas de salud ya sea mediante un seguro de salud o realizando el pago correspondiente. Ellos se constituyen en el espacio en el que se pone en práctica el derecho a la salud.

Los establecimientos del sector salud se categorizan en base al tamaño, nivel tecnológico y capacidad resolutoria tanto cuantitativa como cualitativa. Esto es, poseer las capacidades que le permitan identificar y, de ser posible, solucionar los problemas de salud que se le presenten; entre ellas se cuentan la infraestructura, equipos, insumos y recursos humanos adecuados para la atención. Los establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSA) se encuentran categorizados de la siguiente manera (MINSA 2006): Categoría I-1 se refiere a los puestos de salud, si este cuenta con un médico pasa a categorizarse como I-2. Los centros de salud son de la categoría I-3 y si estos poseen internamiento son de la categoría I-4. La categoría II-1 y II-2 se reserva a los hospitales tipo I y tipo II respectivamente. Finalmente la categoría III-1 se reserva para los hospitales tipo III y la categoría III-2 para los Institutos Especializados.

En la provincia de Lima existen 16 hospitales (tipo II y III). Las características de un hospital tipo III, tal como el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, son las siguientes:

### Cuadro 1: Caracterización de los hospitales tipo III

#### III – 1

<b>DEFINICIÓN</b>	(...) Brinda atención de consulta externa y hospitalaria altamente especializada
<b>CARACTERÍSTICAS</b>	Población referencial regional y nacional
<b>RECURSOS HUMANOS</b>	[Técnico de enfermería o sanitario, enfermera u obstetris, médico general, odontólogo, técnico de farmacia y laboratorio, médicos de especialidades básicas, técnicos en radiología, médico internista, pediatra, gineco-obstetra, cirujano general, anestesiólogo, nutricionista, psicólogo, tecnólogos médicos y químico farmacéutico]. Además de las anteriores especialidades y subespecialidades médico y quirúrgicas
<b>FUNCIONES</b>	Recuperativo y rehabilitación especializada
<b>TIPO DE SERVICIOS</b>	[Consulta externa, consulta médica, laboratorio clínico, farmacia, consulta especializada, sala de partos, laboratorio y rayos X, hospitalización, emergencia, epidemiología, centro quirúrgico, centro obstétrico, esterilización, rehabilitación, nutrición, diagnóstico por imágenes, patología clínica, hemoterapia, anatomía patológica, neonatología y UCI genera] Además de los anteriores, UCI especializada, hemodiálisis y servicios de apoyo al diagnóstico especializado
<b>CAPACIDAD RESOLUTIVA</b>	Atención integral, según daños trazadores de alta complejidad

Fuente: MINSA 2006.

Las características del hospital Loayza han ido variando a lo largo de los años. Su historia puede dividirse en dos etapas: la primera cuando era llamado el Hospital de Santa Ana de los Naturales, y la segunda a partir de que fue cambiado de ubicación y de nombre por el que mantiene hasta el día de hoy. El Hospital de Santa Ana de los Naturales fue fundado en 1549 por el primer Arzobispo de Perú y de América, Don Jerónimo de Loayza y Gonzáles. Su público meta eran los pacientes indígenas. En un inicio, este hospital tenía una capacidad para 300 pacientes, no obstante el número de pacientes raramente llegaba a dos tercios de la capacidad total. (MINSA 2007; Nava 1999: 23).

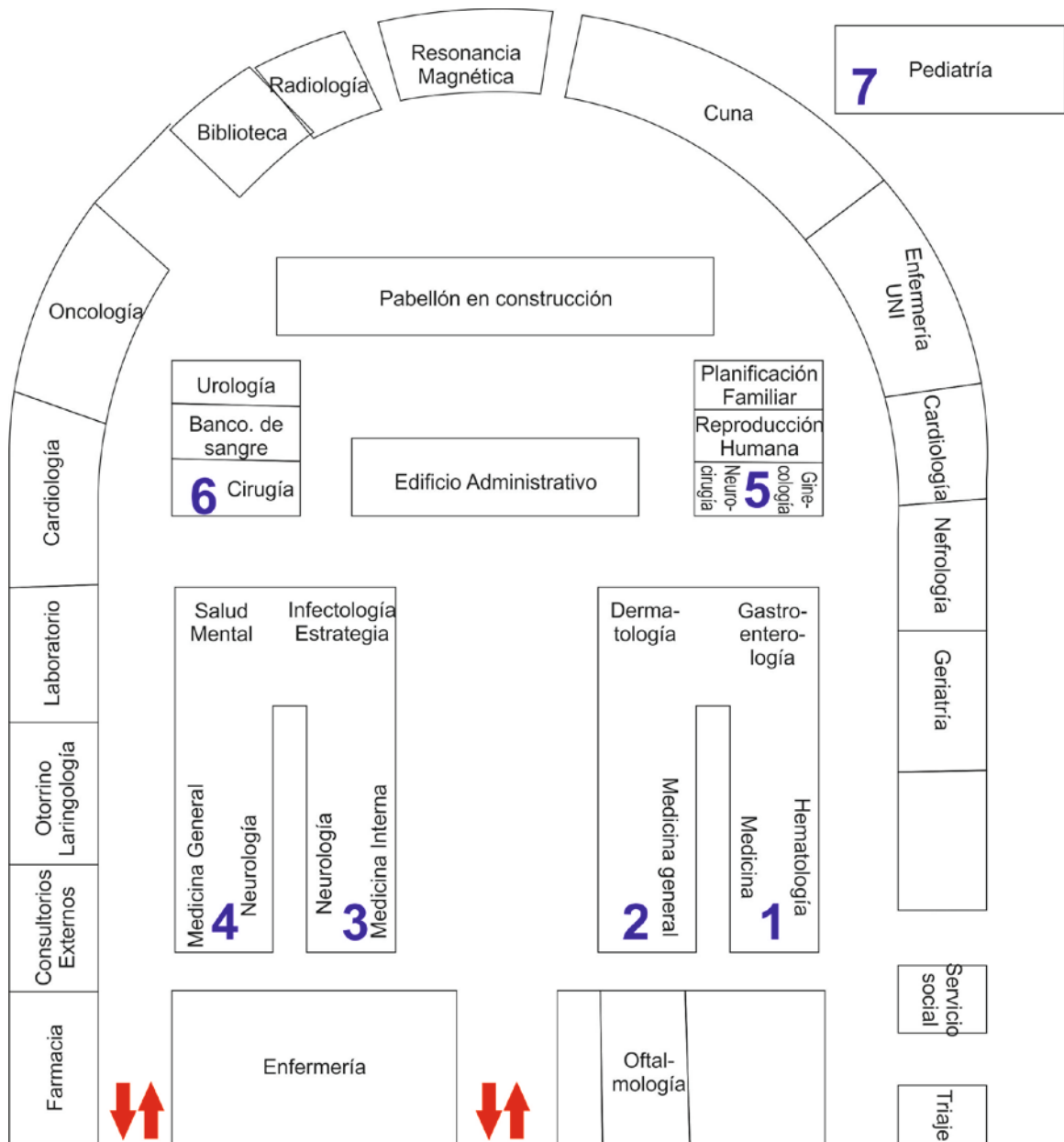
Debido al deterioro de las instalaciones por el paso de los años, la Beneficencia Pública de Lima decidió en 1902 la construcción de una nueva sede para el Hospital de Santa Ana de los Naturales. Esta sede se empezó a construir en 1915 y su inauguración bajo el nuevo nombre de Hospital Nacional Arzobispo Loayza se dio el 11 de Diciembre de 1924 (MINSA 2007) bajo la administración de las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl (Ugarte 2000).

Hasta el día de hoy el Hospital Loayza se mantiene como el hospital general más grande del país. Este busca brindar las facilidades para la atención adecuada y oportuna de personas de escasos recursos económicos que no cuenten con seguro alguno (MINSA 2007). Este es un tema de suma importancia ya que durante el primer trimestre del 2010 sólo el 62,6% de la población peruana se encontraba afiliada a algún seguro de salud (INEI 2010: 24). La utilidad de poseer un seguro de salud radica en que permite obtener atención gratuita o a precios razonables. No obstante el precio de los seguros particulares de salud no puede ser costeadado por la mayoría de la población y el seguro estatal –ESSALUD- se obtiene a partir de la pertenencia a la planilla laboral de un empleador; esto excluye a todas aquellas personas que desempeñan trabajos por horas o temporadas –esporádicos-, trabajos pagados en base a recibo por honorarios, entre otros.

Hoy en día existe la posibilidad de acceder a EsSalud sin estar en planilla previo pago de S/.65.00 por persona. Esta nueva modalidad de acceso a salud ha sido lanzada muy recientemente, el 23 de julio del 2010, por lo que aún cuenta con un número limitado de afiliados (EsSalud – Oficina de Relaciones Interinstitucionales 2010). Esta forma de acceso al seguro de EsSalud resulta de suma utilidad ya que debido al alto nivel de desempleo existente en nuestro país, los trabajos son aceptados a pesar de no cumplir con condiciones básicas tales como un seguro de salud. Así, existen muchos casos de trabajadores fuera de la legalidad ya que ello le permite a las empresas –y a los trabajadores mismos- ahorrar en impuestos y pagos al Estado; pero también se pierde la posibilidad de acceder al seguro de salud proporcionado por el Estado. En conclusión, es al 47,4% de la población sin seguro de salud particular ni estatal al que están orientados los Hospitales Nacionales del MINSA tal como el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

La actual infraestructura del Hospital Loayza fue construida en el año 1915, desde ese año se han realizado diversas mejoras y adecuaciones que le han permitido atender a un número cada vez mayor de personas. Actualmente la distribución de los servicios brindados es como sigue:

**Cuadro 2: Distribución del Hospital Nacional Arzobispo Loayza**



Fuente: Elaboración Propia

Los pabellones con número del 1 al 7 son aquellos en los que se hospitaliza a pacientes, lo mismo sucede con el servicio de de emergencia. La situación general en todo el

hospital es la de hacinamiento ya que los servicios y pabellones de hospitalización se encuentran rebasados en su capacidad.

En esta infraestructura se atiende a personas de escasos recursos económicos que no pueden costear la atención en clínicas privadas. De este modo, el hospital se convierte en el único acceso disponible para la realización de su derecho a la atención en salud. La situación de pobreza en la que se encuentran los usuarios del hospital Loayza configura también su nivel educativo el cual es bajo. De otro lado, la situación económica del personal de salud que labora en el hospital Loayza también es de pobreza. Esta es complementaria a la educación recibida, la cual les impide acceder a otros espacios laborales tales como clínicas privadas.

Ellos son los que establecen relación directa con los usuarios de hospital y por lo tanto, los encargados de poner en práctica las políticas de atención. Tal como se ha mencionado en el capítulo anterior, los hospitales y el personal de salud que ahí atiende no se encuentran libres de los estigmas existentes en la sociedad en general. De este modo, el hospital Loayza se constituye en un espacio en el que el estigma y la discriminación se encuentran presentes y afectan directamente el derecho a la salud de las personas que ahí se atienden. Esto sucede así a pesar de las políticas de atención que establecen relaciones horizontales entre personal de salud y usuarios del servicio.

Existen políticas de atención específicas para cada servicio ofrecido por el hospital Loayza. Este cuenta con especialidades médicas como medicina interna, especialidades médicas, cirugía general, especialidades quirúrgicas, ginecología y obstetricia, pediatría, anestesiología y centros quirúrgicos, patología clínica y banco de sangre, anatomía patológica, diagnóstico por imágenes, consulta externa por hospitalización, emergencia y cuidados críticos. En cuanto a las especialidades no médicas, posee nutrición, farmacia, enfermería, servicio social y estomatología (MINSA 2007). Así, el hospital Loayza atiende todo tipo de patologías médicas, incluyendo el VIH.

Las políticas de salud con respecto al VIH/SIDA aplicadas en los hospitales del MINSA han ido variando a lo largo de los años. El Programa Especial de Control de SIDA (PECOS) se dedicó básicamente a la prevención del VIH/SIDA a nivel hospitalario, es decir intrasectorial, elaborando estrategias de prevención y capacitando al personal de

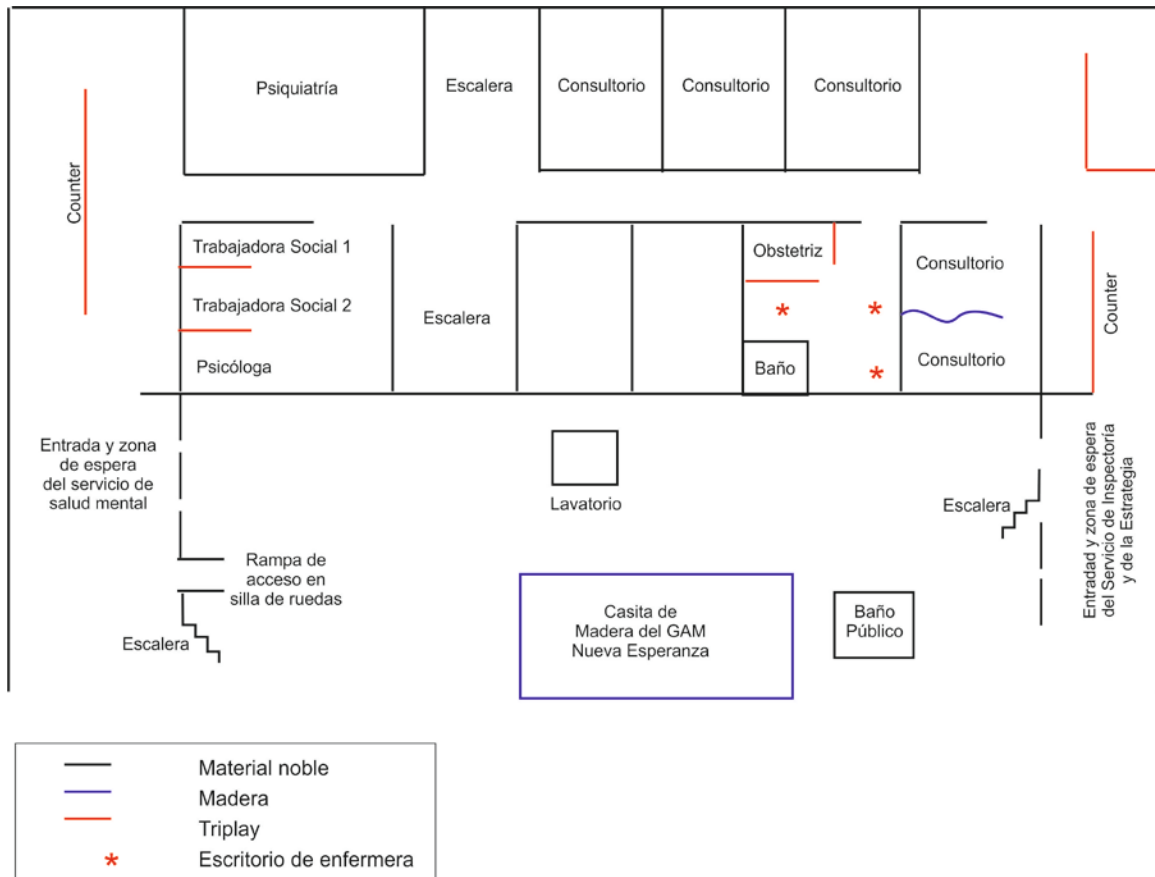
salud en consejería (MINISTERIO DE SALUD. Dirección General de Salud de las Personas 2004: 8). En 1995 el PECOS se convierte en el Programa de Control de ETS y SIDA (PROCETSS). Este Programa se organizaba en base a los lineamientos de lucha contra las ETS y VIH/SIDA a nivel mundial (MINISTERIO DE SALUD, Dirección General de Salud de las Personas 2004: 8), aún así no logró un trabajo multisectorial ni se articuló adecuadamente con la sociedad civil.

Es en la época del PROCETSS que se formula el Plan Estratégico 2001 – 2004 para la Prevención y Control del VIH/SIDA en el Perú; dicho plan produce una ruptura – positiva- de las políticas y un resquebrajamiento de las estrategias de prevención y control del VIH/SIDA desarrolladas hasta el momento (CONAMUSA, MINISTERIO DE SALUD, ONUSIDA, PROYECTO VIGÍA 2006). Se habla de una ruptura positiva ya que el mencionado plan establecía de manera clara la necesidad de un trabajo multisectorial tanto a nivel hospitalario como de la sociedad civil. No obstante dicho plan no fue exitoso debido a tres razones básicas:

“(1) no fue aprobado formalmente por la alta Dirección del Ministerio de Salud; (2) fue una adaptación del Plan CONTRASIDA sin participación de los actores sociales ni real multisectorialidad y (3) no tomó en cuenta muchas de las evidencias disponibles en el país al momento de su formulación referidas a la cultura y comportamientos sexuales en contextos sociales diversos” (MINSAL 2004: 4)

Es desde esta época que existe en el Hospital Loayza un espacio determinado con personal propio destinado a brindar atención a todas aquellas personas viviendo con VIH que lo requieran. Hasta el año 2008 eran aproximadamente 1070 las personas viviendo con VIH que recibían el TARGA en el Loayza. En cuanto a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH y SIDA (para fines de la presente investigación será llamada: la Estrategia) cuenta con un pabellón compartido con el Servicio de Infectología y el Servicio de Salud Mental, dicho pabellón es sólo de consultorios ya que no se cuenta con un pabellón de hospitalización especial para la Estrategia. La distribución del pabellón es la siguiente:

**Cuadro 3: Distribución del pabellón de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA**



Fuente: Elaboración propia

Toda la infraestructura de la Estrategia, al igual que la de todo el hospital, es muy antigua. Los espacios son amplios sin embargo, al ser insuficientes, han sido divididos mediante biombos o placas de madera prensada a fin de crear consultorios “privados”. El mobiliario y los insumos tales como computadoras tienen entre 15 y 8 años de antigüedad. Debido al poco espacio existente, todo el mobiliario se encuentra apretado limitando los espacios para el desplazamiento de las personas. Durante el tiempo de trabajo de campo se realizó el pintado de las instalaciones de la Estrategia, este trabajo se realizó en horario de atención a pacientes lo que generaba mayores limitaciones para el desplazamiento de los mismos. Asimismo, el polvillo producto del raspado de la pintura antigua se esparcía por todo el ambiente, al igual que el olor penetrante de la pintura. El espacio tiene rastros de suciedad, sólo se cuenta con una persona de limpieza durante horas de la tarde.

En el exterior de la Estrategia se encuentra el baño público y la Casita de madera del GAM (Grupo de Ayuda Mutua) Nueva Esperanza. Este GAM se encuentra conformado por personas viviendo con VIH y sus familiares, ellos se reúnen una vez por semana y realizan sesiones en las que se tocan temas sobre el VIH y la atención recibida en el Loayza. Los GAMs buscan proveer un soporte emocional que ayude a disminuir el impacto del VIH tanto a nivel familiar como personal (CONAMUSA 2003). La Casita de madera cuenta con carpetas de madera, un armario de fierro y un escritorio; su decoración la constituyen adornos de papel pegados en las paredes. Esta Casita no es limpiada por el personal de limpieza del hospital sino por los propios integrantes de GAM, por ello cuenta con bastante polvo a su interior. En cuanto al baño público el estado de limpieza del mismo tampoco es el adecuado, esto a pesar de que es necesario pagar para poder utilizarlo; se encuentran papeles tirados en el piso, no existen basureros, cuenta con caños más no con agua potable ni con jabón, existen olores penetrantes debido a la cantidad de personas que utiliza el servicio higiénico.

Ahora bien, la sola mención del hecho de que la Estrategia tan sólo posea un pabellón compartido en el hospital Loayza denota la poca importancia dada a la misma o, en todo caso, el desinterés por ella y por proveerla de lo necesario para que pueda cumplir cabalmente su labor. Del mismo modo, resulta revelador que la Estrategia comparta el pabellón justamente con el servicio de salud mental, esto denota un prejuicio en la percepción de aquellas personas viviendo con VIH. Se les considera fuera de los parámetros “normales” establecidos por la sociedad, por lo que requieren de un tratamiento especial.

Es en esta infraestructura que se ponen en práctica las normas técnicas de atención; ellas establecen el ideal de atención, el cual debe ser puesto en práctica por el personal de salud. La infraestructura en sí se convierte en un elemento que impide el cumplimiento cabal de las normas técnicas, por ello el personal de salud desarrolla sus propios protocolos de atención tomando como base las normas técnicas de atención.



#### 4.2. Normas técnicas de atención recomendadas a nivel internacional y criterios de calidad de servicio establecidos en el Perú.

Toda enfermedad posee ciertos protocolos que indican la forma más adecuada de actuar ante ella; el caso del VIH / SIDA no es la excepción. Dicho virus posee lineamientos y normas técnicas de atención propuestas tanto a nivel nacional –por el MINSA- como a nivel internacional. La Política Nacional en ITS, VIH y SIDA establece los siguientes objetivos:

##### “1. Objetivos generales

- Fortalecer el compromiso gubernamental nacional y regional para prevenir la expansión de la pandemia de las ITS, VIH y SIDA, ubicándola como una prioridad de salud pública
- Proveer un marco de lineamientos para la respuesta nacional al VIH/SIDA y propiciar el fortalecimiento de la capacidad de los diferentes actores (...).
- Controlar la expansión de la pandemia del VIH y SIDA, (...).

##### 2. Objetivos específicos

- a. Fortalecer la multisectorialidad de la respuesta al VIH y SIDA, (...) haciendo de la respuesta a la pandemia un esfuerzo realmente nacional.
- c. Crear y mantener en la población en general una comprensión integral de la pandemia del VIH y SIDA, (...).
- d. Identificar roles y responsabilidades sectoriales para ejecutar programas basados en las ventajas comparativas y competencias de cada sector.
- e. Prevenir la transmisión de las ITS y VIH en poblaciones vulnerables y población general, (...).
- f. Establecer programas para jóvenes, adolescentes y mujeres proveyéndoles de servicios y herramientas que reduzcan su vulnerabilidad
- f. Prevenir la transmisión madre- niño (vertical) y a través de sangre, hemoderivados, tejidos y órganos
- h. Asegurar la atención integral y apoyo a las personas infectadas y afectadas por las ITS, VIH y SIDA (...).

- i. Promover la disminución del estigma y discriminación hacia las personas infectadas y afectadas por las ITS, VIH y SIDA.
- i. Mejorar el entorno legal y normativo que proteja el derecho de las personas infectadas y afectadas.
- j. Promover la participación de las personas afectadas en los procesos de toma de decisiones.
- k. Estimular la investigación en aspectos relacionados con la respuesta a la pandemia del VIH y SIDA
- l. Establecer un sistema nacional de monitoreo de la pandemia con reportes oportunos para la toma de decisiones.
- m. Movilizar recursos nacionales y de las agencias bilaterales y multilaterales para contribuir al sostenimiento de la respuesta efectiva a la pandemia.” (MINSa – DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS 2007: 37 – 39)

Se plantea como objetivo general hacer de la prevención de la pandemia de ITS, VIH y SIDA una prioridad en la salud pública, no obstante la infraestructura con la que cuenta en el hospital Loayza denota la poca importancia que se le da a la misma. Asimismo se plantea el aseguramiento de la atención integral y el apoyo a las personas viviendo con VIH sin embargo, no se puede brindar una atención integral debido a diversos factores que serán explicados a lo largo de la investigación. En cuanto a la disminución del estigma y discriminación frente a la personas viviendo con VIH este aún existe en el personal de salud tanto del hospital Loayza en general como en el personal de la Estrategia.

Se busca proteger el derecho de las personas infectadas y afectadas pero existen numerosas trabas que impiden el cumplimiento cabal del derecho a la salud. También se pretende el involucramiento de las personas afectadas en el proceso de toma de decisiones, no obstante, este proceso suele centralizarse en el jefe de la Estrategia. En cuanto a la investigación, el personal de salud narra la realización de trabajos de investigación cualitativos y también epidemiológicos.

Tal como se ha venido mencionando, el VIH es una enfermedad en la que los factores sociales y culturales son de gran importancia. Por ello es necesario un enfoque que no se centre sólo en la parte clínica de la enfermedad sino también en todo el entorno tanto de la personas viviendo con VIH como de la sociedad en general, de modo tal que pueda

adoptarse una “estrategia de prevención que incluya acción comunitaria sobre el ambiente sociocultural” (Antela 2004).

En el caso del VIH, la prevención es la única forma de lograr erradicar la enfermedad. Esta prevención debe estar dirigida no solo a grupos de riesgo tales como hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadores sexuales, personas privadas de su libertad; sino también a la población en general e incluso a las personas viviendo con VIH. Esto último debido a que si dichas personas no cambian su comportamiento pueden reinfectar a otras personas viviendo con VIH y también a ellos mismos, y así seguir propagando la enfermedad. En efecto, el exponerse nuevamente al virus del VIH genera que aumente la carga virológica de la persona con VIH y por lo tanto limita la efectividad del tratamiento. Por ello es necesario que:

“Desde las consultas y aprovechando cualquier encuentro, las actividades se deben encaminar a que el individuo identifique su propio riesgo de infección, diferencie conductas seguras de otras con más riesgo de infección y modifique su conducta para reducir el riesgo de infección.

En esta forma, el profesional y el usuario se involucran y se produce una “negociación” con el objetivo de acordar un plan para la disminución de riesgos. Para que esto se produzca es necesario que la relación clínica sea de confianza y respeto.” (Antela 2004)

Existen dos elementos de suma importancia en la cita anterior; en primer lugar la negociación a darse entre profesional y usuario, y en segundo lugar la relación clínica de confianza y respeto. Ambos elementos se implican el uno al otro, así no puede darse una verdadera negociación si no existe un clima de confianza y respeto.

Asimismo, destaca el término “usuario”, en efecto, las personas viviendo con VIH deben ser vistas como usuarios de un derecho provisto por el Estado. El ser usuario implica que no se está accediendo a un simple servicio con el cual favorece el Estado a la población; sino que este es un derecho y por lo tanto, se debe exigir su cumplimiento a cabalidad.

Así, para el personal de salud sí resulta importante la existencia de confianza y respeto, no obstante la relación existente entre este y las personas viviendo con VIH tiende a ser

paternalista, lo que impide que se de una negociación horizontal entre profesional y usuario. Asimismo, la precariedad existente en la Estrategia del Hospital Loayza impide una adecuada negociación entre ambos actores; esto debido a que las condiciones dadas no son las adecuadas.

La infraestructura existente impide la existencia de una real intimidad, la cual es necesaria para establecer una comunicación adecuada entre personal de salud y persona viviendo con VIH. Dicha relación comunicacional es la base de toda la atención y asimismo, la puesta en práctica de las normas técnicas de atención; por ello es de vital importancia durante la realización de las consejerías. El MINSA las define de la siguiente manera:

“Es un proceso de diálogo e interacción, dinámico y confidencial, entre el(la) consejero(a) y el(la) consultante. Es un tipo especial de acercamiento humano, empatía y confianza mutua, orientada a ofrecer soporte emocional, información y educación sobre el cuidado de la salud.” (MINSA 2006: 21)

Asimismo, plantea ciertas recomendaciones a tener en cuenta al momento de realizar la consejería. Estas recomendaciones son de suma importancia debido a que ellas permiten establecer un contacto directo con la personas viviendo con VIH y así generar una relación de confianza. De esta forma, el Estado se ve representado en las personas, exactamente en el personal de salud. El es el encargado de representar al Estado frente a los usuarios del hospital y así, poner en práctica las normas técnicas de atención. Como se ha visto, esta puesta en práctica se basa en la relación comunicacional establecida entre personal de salud y personas viviendo con VIH. Por ello la importancia de la comunicación: ella es la vía mediante la cual las personas encargadas transmiten y ejecutan lo planteado por el Estado. En el caso de la consejería las recomendaciones son:

“A. Saludar con respeto, presentarse y explicar el tipo de atención que brinda.

B. Asegurar la privacidad y confidencialidad, utilizar un lugar tranquilo y señalar que la información que se discuta se mantendrá en estricta reserva.

C. Establecer contacto visual, mirar directamente al consultante para permitir el establecimiento de una relación directa y confiable.

D. Escuchar cuidadosamente lo que digan los consultantes, mostrar una actitud de escucha, inclinándose hacia delante, asentar con la cabeza, no realizar otra actividad mientras los consultantes hablen y no interrumpir.

E. Tener en cuenta el lenguaje no verbal, recordar que la postura y la expresión facial reflejan lo que está sintiendo el(la) consultante en ese momento.

F. Respetar y utilizar el silencio como expresión de los sentimientos y emociones del(la) consultante.” (MINSA 2006: 25)

De todas esas recomendaciones quiero resaltar la referida a “asegurar la privacidad y confidencialidad, utilizar un lugar tranquilo y señalar que la información que se discuta se mantendrá en estricta reserva”. Esta, como se ha visto en el subcapítulo anterior, no puede cumplirse a cabalidad en el Hospital Loayza debido al hacinamiento ahí existente por la insuficiente infraestructura con la que cuenta.

En general, es importante la puesta en práctica de todas estas recomendaciones durante la consejería debido a que ellas, entre otras, permiten la ejecución cabal del derecho a la salud. Así, este no puede medirse simplemente en términos de calidad del servicio brindado sino que también debe de tenerse en cuenta la calidez del mismo. Esto significa tener en cuenta las necesidades del usuario en forma integral y, en base a ellas, trabajar de manera innovadora buscando soluciones que sitúen a las personas como el factor de mayor importancia. (Ferrari y Díaz 2002).

La importancia de la consejería radica en que es una de las estrategias que busca incentivar el cambio de comportamientos y así prevenir la transmisión de VIH. Se entiende por consejería a toda cita de atención realizada entre los usuarios y el personal de salud que labora en la Estrategia, ya sea infectólogo, trabajadora social, psicóloga, enfermera, entre otros.

La Norma Técnica para la atención de consejería en infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA – NT/ N°005-MINSA/DGSP-V 01 especifica a la consejería como un modo de minimizar el impacto de la existencia del VIH en el Perú. Este es un objetivo muy

amplio el cual –por lo menos en la Estrategia del Hospital Loayza- no se cumple a cabalidad.

“Objetivo: disminuir el impacto psicosocial de la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y el SIDA en la población peruana a través del establecimiento del servicio de consejería en ITS y VIH/SIDA por el Ministerio de Salud, con la finalidad de fomentar el diagnóstico precoz, brindar soporte psicosocial, educación para la salud y apoyar el tratamiento oportuno.” (MINSA 2006: 166)

Luego de obtener un resultado de VIH positivo, el equipo multidisciplinario (médico, psicóloga, trabajadora social y enfermera) procede a realizar diversas evaluaciones con la personas viviendo con VIH a fin de poder determinar si se encuentra en condiciones para ingresar al TARGA. Dicho ingreso debe ser discutido con el paciente de modo tal que se comprometa a adherirse al mismo (Facultad de Medicina UNMSM).

“Una vez que el paciente recibe el diagnóstico de infección por el VIH, para elaborar conjuntamente un plan de cuidados adecuado, es necesario hacer una evaluación completa que incluya:

- Elaboración de la historia clínica.
- Exploración física completa.
- Serie de pruebas complementarias, explicando al paciente en qué consisten dichas pruebas y para qué se solicitan.
- Valoración psicosocial” (Antela 2004)

Ahora bien, el primer paso recomendado en la atención es la consejería pre test; esta, debe realizarse previamente a la realización de la prueba de Elisa. Este momento de consejería no tiene por objetivo final la realización de la prueba sino simplemente evaluar las posibilidades del usuario de haberse expuesto al VIH, informarle acerca de las consecuencias en caso de que la prueba resulte positiva y prepararlo emocionalmente para lo mismo. Es por esta razón que se dice que la prueba debe de ser voluntaria, informada, confidencial, asesorada y apoyada (Antela 2004; MINSA - DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS 2006).

Luego de realizada la prueba de Elisa debe realizarse otro momento de consejería, así la prueba de Elisa haya resultado negativa (MINSA 2005). En este caso, esta consejería se centrará en repasar medidas preventivas y contrarrestar ideas de falsa seguridad, esto es,

prejuicios en base a los cuales la no pertenencia a los considerados grupos de riesgo elimina la posibilidad de contraer el VIH. Asimismo se debe de tocar el tema del periodo ventana (Antela 2004), esto es el periodo de tiempo en el cual a pesar de estar infectado con el VIH este no aparece en el resultado del test debido a que el cuerpo aún no genera anticuerpos contra el VIH. Si la prueba resultara positiva, la consejería debe centrarse en ofrecer soporte emocional, reforzar la información y brindar recomendaciones sobre prevención y autocuidado. (MINSA – DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS 2006).

“Es necesario establecer un tipo de relación que posibilite una continuidad en los cuidados: exige asegurar una buena comunicación basada en la sinceridad, poniéndose el trabajador de salud en el lugar del usuario, respetando y aceptando las diferencias, manteniendo una congruencia en la información y evitando juicios de valor. Es importante ofrecer accesibilidad para dar respuesta a dudas, dificultades y necesidades que surjan.” (Antela 2004)

Cabe mencionar que es recomendable que el resultado positivo lo brinde la misma persona que realizó la consejería pre prueba y quien también realizará la consejería post prueba. Esto debido a que ya se han generado lazos entre la personas viviendo con VIH y dicha persona. En efecto, es en este momento en el que comienza una relación que durará toda la vida de la personas viviendo con VIH, por ello debe buscarse generar desde un principio una relación de confianza. A partir de este momento las personas viviendo con VIH que ingresen al TARGA recibirán consejería de soporte, esta es entendida como la consejería brindada a las personas diagnosticadas con VIH. Los objetivos de la misma son:

“• Brindar apoyo emocional, facilitando la expresión de sentimientos, la auto comprensión y la movilización de recursos personales para enfrentar la situación de vivir con el VIH o el SIDA. Ofrecer pautas de autocuidado, reforzando los mensajes educativos que favorezcan el conocimiento y faciliten los procesos de toma de decisiones con respecto a la salud integral, que incluya la salud sexual y reproductiva.

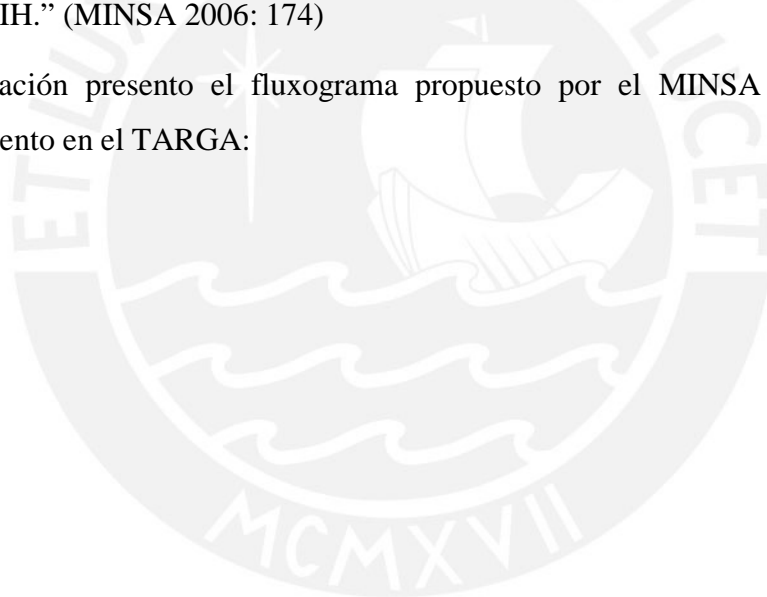
• Contribuir a lograr la adherencia al tratamiento antirretroviral, para mejorar la calidad de vida en las PVVS.

• Motivar la incorporación a grupos de soporte emocional o grupos de autoayuda”. (MINSA 2006: 119)

Antes de iniciar el TARGA es necesario realizar una consejería –la cual marcará el inicio de las consejerías en TARGA- en la cual se prepara al paciente para el tratamiento y se identifican los posibles factores de riesgo que puedan dificultar la adherencia. La consejería en TARGA debe brindar información detallada y soporte emocional en el momento de la prescripción y entrega de los medicamentos. El TARGA es definido como:

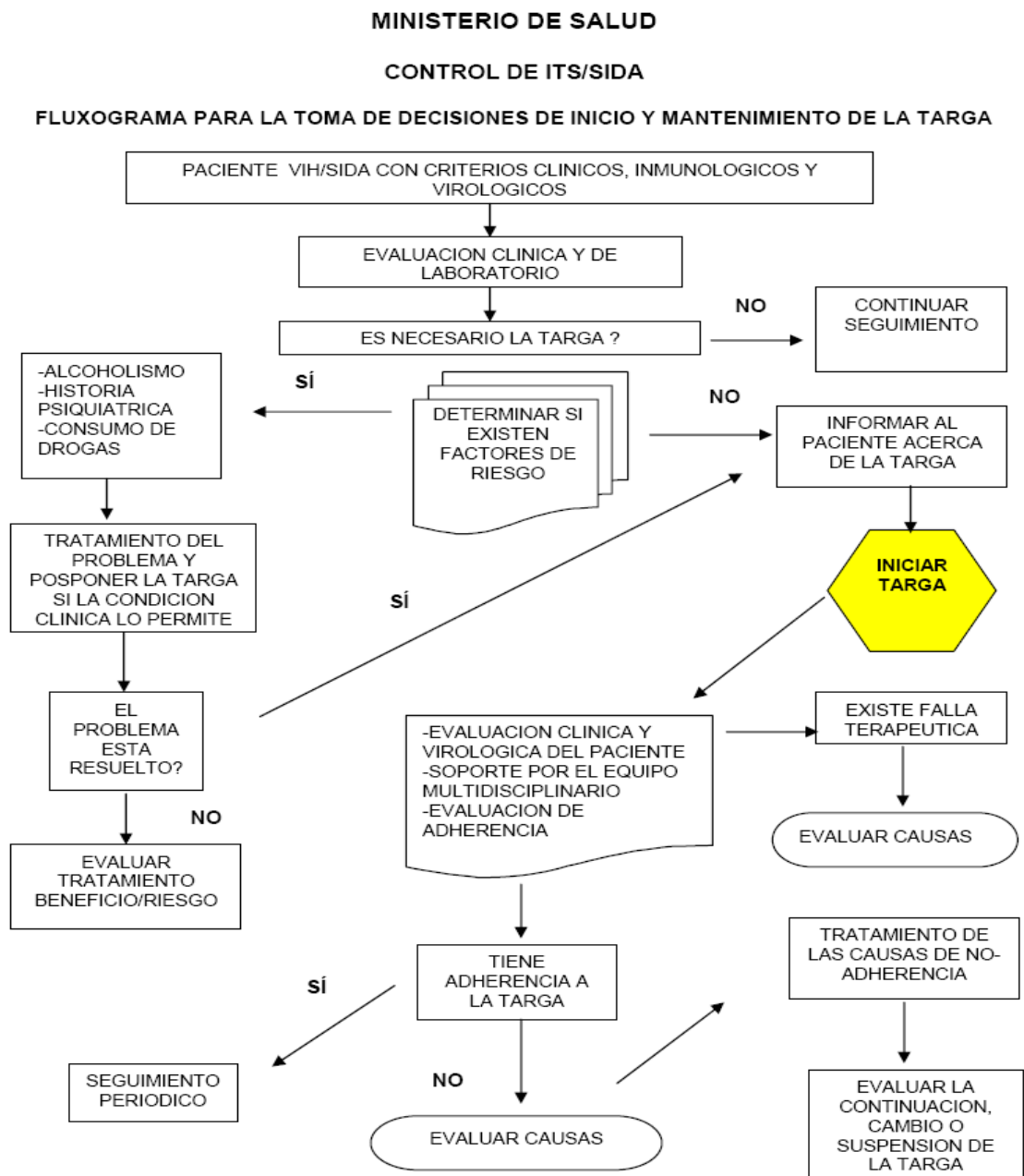
“(…) el régimen de medicamentos utilizado en pacientes con VIH y el SIDA, basado en los criterios clínicos y de laboratorio establecidos. Consta de por lo menos tres drogas antirretrovirales de diferentes principios farmacológicos, cuyo objetivo es la supresión profunda y duradera de la réplica viral hasta lograr el restablecimiento y/o conservación de la función inmunológica, para retardar la progresión de la enfermedad. Esta terapia no es una cura para la infección por VIH.” (MINSA 2006: 174)

A continuación presento el fluxograma propuesto por el MINSA para el inicio y mantenimiento en el TARGA:





**Cuadro 4: Fluxograma para la toma de decisiones de inicios y mantenimiento de la TARGA**



Las personas viviendo con VIH que cumplan con los criterios clínicos y virológicos establecidos y testeados mediante la evaluación clínica y de laboratorio, pasan a una consejería en la cual se determina la existencia de factores de riesgo. Si estos existieran deben de ser tratados y luego se procederá al ingreso al TARGA, si no existieran factores de riesgo se ingresa al TARGA directamente previa información sobre los aspectos básicos del mismo. Una vez ingresado al TARGA se realizan continuas evaluaciones integrales del paciente incluyendo evaluación de adherencia, si existiera alguna falla en el TARGA en sí se deben evaluar las causas, replantear el tratamiento y continuar con las evaluaciones periódicas. Si existiera falla por parte del paciente en la adherencia al TARGA se evalúan las causas de la falla, se realiza un tratamiento a las mismas y luego se analiza la superación de la falla o no; en caso no haya sido superada el personal de salud evalúa la suspensión o retiro del TARGA.

Como se puede apreciar, un factor crucial en la consejería en TARGA es la adherencia al tratamiento, por ella entiende el seguimiento adecuado de las indicaciones referidas a la medicación brindada en TARGA, esto es: la toma de pastillas y los horarios de la misma, no ingestión de alimentos contraindicados así como actuar de acuerdo a los parámetros dados. Es necesario monitorear la adherencia durante el TARGA ya que la no adherencia es una causa de resistencia al tratamiento “Debido a que el virus aprende a reconocer y defenderse de la droga, puede disminuir su acción terapéutica.” (MINSA 2006: 177). El MINSA dispone los siguientes temas a tratar en las consejerías en TARGA:

- “• Identificar conductas o limitaciones personales que se presenten para la adherencia al TARGA (...)
- Informar sobre la resistencia al tratamiento antirretroviral: enfatizar que ello puede deberse a la falta de adherencia y/o por reinfección (sexo sin condón con otra persona con VIH), además de otras razones, (...).
- Facilitar el proceso de la adherencia: antes de iniciar el TARGA, se pueden utilizar simulacros de toma de medicamentos en el domicilio y realizar un monitoreo detallado del cumplimiento.
- Ofrecer soporte emocional: tanto al inicio como durante el tratamiento se presentan una serie de temores, preocupaciones y miedos, muchos de ellos generados por las creencias, mitos y por los

efectos colaterales y secundarios, lo que puede interferir en la adherencia. Para ello el(la) consejero(a) debe informar, aclarar dudas y motivar al(la) consultante a expresar sus emociones y sentimientos. Es necesario facilitar la adaptación a las situaciones cambiantes respecto a su salud y fomentar actitudes positivas.

- Facilitar la identificación del agente de soporte personal: iniciar esta identificación dentro del grupo familiar; si ello no es posible, buscarlo en los actores de la comunidad y su red social. Estos agentes deberán ser evaluados, seleccionados y capacitados porque apoyarán en el cumplimiento del tratamiento antirretroviral y en el cuidado integral, así como en la identificación de comportamientos y manifestaciones emocionales que puedan interferir con el proceso de adherencia. (...). El papel de la familia y/o red social en este proceso es muy importante y está demostrado el beneficio de su participación en la adherencia al tratamiento.” (MINSA 2006: 126)

Ahora bien, el TARGA presenta ciertas características que dificultan la adherencia de las personas viviendo con VIH tales como el hecho de que es más de un medicamento el que hay que tomar, durante más de una vez al día y exactamente en el horario indicado; asimismo, estos medicamentos pueden ocasionar efectos adversos y efectos secundarios (MINSA – DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS 2006). Existen otros factores que dificultan la adherencia al TARGA, en este caso nos referimos a los factores del individuo; el MINSA los detalla de la siguiente manera:

“Las características demográficas (edad, sexo, raza, estudios, ocupación), así como el nivel cultural y la situación económica estable, no son factores determinantes del nivel de adherencia de un individuo. El disponer de domicilio fijo y un soporte social con familia estructurada o amigos es un factor que facilita la adherencia.

Los factores de carácter psicológico también influyen en el incumplimiento del tratamiento. La ansiedad y la depresión empeoran la adherencia. La drogodependencia y el alcoholismo son factores relacionados con el mal cumplimiento.” (MINSA 2006: 175)

Se resalta la importancia de poseer un agente de soporte así como un domicilio fijo, ambos requerimientos establecidos para ingresar al TARGA que, sin embargo, no son siempre requeridos por el personal de salud de la Estrategia. En segundo lugar se mencionan factores psicológicos, lo cual puede relacionarse con la ubicación de la Estrategia en un pabellón compartido con el Servicio de Salud Mental. Por otro lado,

“Las actitudes y creencias de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo asistencial son factores indiscutibles a la hora de aceptar el tratamiento propuesto y realizarlo de forma correcta. La percepción de beneficio potencial es fundamental.

En algunos casos las PVVS [Personas Viviendo con VIH/SIDA] no han terminado de aceptar su condición de seropositividad; iniciar su tratamiento o ingresar en un protocolo de terapia significa un desafío en el proceso de evaluar su condición de salud. Ello puede significar el avance de la enfermedad.

Muchos pacientes están inmersos en situaciones psicosociales desfavorables como: condiciones de vivienda y sanitarias poco adecuadas, violencia doméstica, inestabilidad económica, dificultad para acceder a servicios de salud, bajo nivel educativo, creencias y mitos, falta de comunicación del diagnóstico a la familia, trastornos emocionales, aspectos que dificultan aún más, los programas de adherencia.” (MINSA 2006: 175 176)

Se toman en cuenta los factores culturales como determinantes para la correcta realización del TARGA. Asimismo, se resalta la importancia de la aceptación de la condición de seropositividad y de las condiciones psicosociales como elementos críticos para aceptar el TARGA y cumplirlo cabalmente.

Es por estas razones que la adherencia al TARGA debe ser monitoreada mediante evaluaciones clínicas periódicas. Una forma de realizar este monitoreo es mediante la entrega de medicamento para determinado número de semanas o meses; así, si el paciente no se acerca puntualmente a recoger sus medicamentos, se sabrá que no está cumpliendo con las dosis recetadas. “En casos especiales en que se detecte problemas de adherencia se podrá programar la entrega en intervalos cortos, pudiendo llegar a ser retirados del programa si el incumplimiento persistiera.” (Facultad de Medicina UNMSM)

Finalmente, se debe mencionar dos requisitos para el ingreso al TARGA que no se muestran en el fluxograma; ellos son el soporte familiar y tener un domicilio permanente (International Council of AIDS Service Organization - ICASO 2005: 27). En cuanto al primero, este es flexible en el sentido de que se acepta a amigos o familiares no directos como agentes de soporte. El requisito de domicilio permanente afecta a aquellas personas viviendo con VIH con trabajos temporales, lo cual los fuerza a mudarse constantemente. Esta situación –tal como se verá en el capítulo

correspondiente- es la de la mayoría de las personas viviendo con VIH que se atienden en el Loayza.

En conclusión, las Normas Técnicas de Atención recomendadas no pueden ser cumplidas a cabalidad en el Loayza por los diversos problemas existentes en él, los cuales serán analizados a lo largo de la investigación. Ante esta situación, el personal de salud se adecúa a las condiciones que le brinda la Estrategia del hospital Loayza y de esta forma, adecúa también los protocolos y normal recomendadas; cumpliendo sólo con lo necesario y con lo que le permiten las condiciones laborales en el hospital.

#### **4.3. Características del personal de salud que forma parte del equipo multidisciplinario.**

El personal de salud es un elemento de suma importancia en la Estrategia debido a que es él el que asume el contacto directo con las personas viviendo con VIH. Así, son ellos los encargados de representar al Estado frente a los usuarios, por ello, su accionar denota la acción del Estado frente a sus ciudadanos.

Actualmente, la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH y SIDA en el Hospital Loayza cuenta con un equipo multidisciplinario que consta de seis infectólogos, una psicóloga, una obstetra, una nutricionista, dos trabajadoras sociales, tres enfermeras y las enfermeras rotativas. De ellos sólo las enfermeras trabajan a tiempo completo: de lunes a viernes de 8am a 1pm y de 2pm a 5pm y los sábados de 8am a 1pm. Las trabajadoras sociales trabajan de lunes a viernes a tiempo completo.

Los infectólogos realizan turnos de medio día, pudiendo realizar entre 2 y 6 turnos a la semana. Esto ocasiona que en algunos turnos haya sólo un infectólogo disponible y en otros hasta cuatro. La obstetra y a la nutricionista sólo asisten un turno de medio día a la semana. Finalmente la psicóloga trabaja de lunes a sábado pero sólo en el horario de la mañana. Los horarios se encuentran así establecidos debido a la carga de pacientes que tiene cada uno de los integrantes del equipo multidisciplinario de la Estrategia en el Hospital Loayza. Nos centraremos en el equipo de infectología, psicológico, de trabajo social y el equipo de enfermeras; ya que son estos grupo de personas los que realiza la

mayor parte de su labor en el Hospital Loayza –o la mayoría de la misma- en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH y SIDA, por lo cual conocen las dinámicas que ahí se dan y se encuentran en contacto directo y continuo con dicha realidad.

El personal de salud tiene al menos dos años trabajando en el Hospital Loayza y, en cuanto al tiempo específico en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH y SIDA, entre 1 mes y 11 años. Una de las enfermeras rotativas tiene sólo un mes de asignada en la Estrategia (en el momento de realización del trabajo de campo: a partir del 21 de enero del 2010), por otro lado el jefe del servicio de infectología posee 11 años trabajando en el mismo. La diferencia entre el tiempo de trabajo en el Hospital Loayza es significativa por el sentimiento que se genera hacia el hospital. El personal de salud afirma que los trabajadores antiguos poseen un apego especial al Hospital Loayza mientras que se considera que los nuevos trabajadores no lo tienen.

“(…) pero uno le agarra cariño, al menos eso pasa con los antiguos, le agarramos cariño al hospital y no queremos irnos a otro sitio. Pero los nuevos ahora, los nuevos ellos entran a trabajar y al mismo les ofrecen algo y al mismo dejan al hospital, lo dejan plantado y se van, y eso genera problemas porque ya están capacitados y de nuevo viene otra persona y nuevamente... claro, ahora más que todo se trabaja por el sueldo, para cubrir las necesidades.” (Princesa, 47 años, enfermera)

Se plantean diferencias entre personal “nuevo” y “antiguo” y la lealtad y el cariño de cada uno de ellos hacia el hospital. Asimismo se plantean diferencias entre aquellos que trabajan en el hospital por el cariño que le tienen al mismo y aquellos que sólo buscan beneficiarse económicamente.

“Bueno los de antes... los que estamos, los antiguos generalmente es porque, bueno, hemos querido al hospital ¿no? Pero ahora yo veo que entran personas más que todo porque necesitan trabajar ¿no? porque necesitan tener un sueldo. Es más acá hay familias enteras, trabaja uno y ya jala a la prima, a la sobrina. O sea más que todo está la familia completa porque quieren ganar algo ¿no? creen que el hospital va a dar trabajo a todos los familiares de todos los trabajadores de acá. Pero ahora es por tener un sueldo pero antes, al menos yo me hubiese ido al seguro ¿no? para ganar más plata, pero a mí me gustaba aquí. Y creo que los de antes todos éramos así, los que han hecho residencia...” (Princesa, 47 años, enfermera)

Así, se generan dos categorías dicotómicas de diferenciación entre las razones por las que el personal de salud del Hospital Loayza labora en dicho lugar: los que tienen un fin meramente económico y los que sienten afecto hacia el hospital. Esta diferenciación genera conflictos entre el personal de salud debido a que el segundo grupo tiene la percepción de ser dueños del hospital, tienen una visión patrimonialista del mismo. Esto es que los que tienen poder enajenan el bien público convirtiéndolo en un elemento de su propiedad (Novy 2005).

Este patrimonialismo se puede apreciar también en la infraestructura del hospital. Muchos de los servicios brindados poseen en su entrada nombres particulares de doctores que ahí laboran, sobretodo de los jefes de servicio, dichos nombres se encuentran colocados de manera permanente y no de forma que puedan ser cambiados rápidamente. Esto denota una apropiación personal de los servicios del hospital

Los entrevistados con una visión patrimonialista del hospital son aquellos que poseen mayor tiempo laborando en ella y también aquellos que no cuentan con experiencia laboral previa en otro espacio, es decir aquellos que han empezado su vida laboral en el hospital Loayza.

La mayoría del personal de salud entrevistado ha realizado algún trabajo previo externo al Hospital Loayza; sólo las enfermeras y un infectólogo han empezado –y continúan– su carrera en el Hospital Loayza. Los demás entrevistados han tenido diversas experiencias de trabajo, ya sea mediante el SERUM o trabajando en ONGs, centros de salud u hospitales de provincia. En efecto, una característica en común entre todos los entrevistados es la ausencia de experiencia laboral en el ámbito privado (excepto una trabajadora social que laboró en una ONG en el tema de lepra). Del mismo modo, todos los que tienen experiencia laboral externa al Hospital Loayza han trabajado en centros de salud tanto en Lima como en provincias.

En el caso de los infectólogos, tres de ellos ingresaron al Loayza debido a que hicieron la residencia en ese hospital. En base a los testimonios recogidos, se aspira a hacer la residencia en este hospital debido al prestigio del mismo y a los tipos de casos con los que cuenta. En cuanto al resto del personal de salud, en su mayoría ingresaron mediante concurso; esto implica que buscaban trabajar en el Hospital Loayza, probablemente por

las mismas razones por las que se desea hacer la residencia ahí. En este aspecto cabe resaltar el caso de las enfermeras, las que, si bien empezaron su carrera en el Hospital Loayza, no se han mantenido siempre en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH y SIDA. Así, las enfermeras rotativas, van rotando continuamente entre los diversos servicios del hospital.

“A nosotros nos programan, nos programan te vas a ir a consultorio tal o a tal y nosotros tenemos que ir porque tenemos que obedecer. Y de ahí ya poco a poco nos capacitamos más cada vez que vamos al servicio conocemos un poco más a los pacientes, un poco más de la enfermedad, todo eso.” (Luz, 26 años, enfermera)

Tal como se menciona, la capacitación de las enfermeras rotativas se realiza ya en el servicio al cual han sido destacadas. Esto genera incomodidad en las personas viviendo con VIH quienes se quejan acerca del desconocimiento tanto de los casos como de la enfermedad y de la documentación. En líneas generales la rotación de las enfermeras genera tanto falta de conocimiento como falta de familiaridad con los pacientes, ambos son aspectos muy valorados por ellos. De este modo, esta constituye una fuente de conflictos en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH y SIDA en el Hospital Loayza.

“Hay enfermeras que cambian rotativamente, son diferentes... hay otras que no conocen mucho la enfermedad yo creo que si son enfermeras y las mandan acá deben capacitarse, si hay unas desventajas” (Víctor, 32 años, persona viviendo con VIH)

La no capacitación de las enfermeras antes de ser designadas a un servicio denota la necesidad de contar con personal, lo que impide tomarse un tiempo para capacitar adecuadamente a las enfermeras en los temas específicos requeridos.

Ahora bien, todos los infectólogos entrevistados y una de las enfermeras poseen un segundo trabajo. En el caso de la enfermera, ella afirma ser convocada y tener también gusto por la docencia. En cuanto a los infectólogos todos ponen a los ingresos económicos como el principal factor para buscar un segundo y, en algunos casos, hasta tercer empleo. Como se verá más adelante, la gran mayoría del personal de salud no está conforme con el sueldo percibido en el Hospital Loayza, no obstante afirman sentirse a gusto laborando en el hospital.



“El monto que nos pagan en el hospital podría mejorar y uno podría trabajar exclusivamente en el hospital y el resto del tiempo pasando revisar casos o temas, pero el sueldo te obliga a trabajar en otro lugar. Me parece que debe mejorar los sueldos.” (Eddie, 35 años, médico)

Así, la situación de trabajo en el Hospital Loayza ha sido dividida en tres categorías: situación monetaria, estabilidad laboral y beneficios sociales. Una cuestión básica a tener en cuenta en este punto es que existen dos tipos de relaciones laborales con el Hospital Loayza: el nombramiento y el contrato administrativo por servicios (CAS). El personal de salud nombrado recibe una remuneración económica que es mejor que la de aquellos bajo la modalidad del CAS, asimismo poseen estabilidad laboral mientras que los contratados deben renovar su contrato cada tres meses; por último los nombrados tienen también mejores beneficios sociales. Así, es el deseo de todos los trabajadores bajo la modalidad de CAS pasar a ser nombrados; no obstante el procedimiento para lograrlo es mediante concurso y estos resultan cada vez más escasos, el último fue hace aproximadamente cinco años.

Las diferencias en los beneficios sociales y laborales generan conflictos entre el personal de salud. Estos se ven potenciados por la no apertura de concursos para el nombramiento, lo que genera una imposibilidad de acceder al mismo. En efecto, las posibilidades de nombramiento son remotas, sin embargo el personal de salud no pretende emigrar a otros lugares de trabajo a pesar de que ofrezcan mejores beneficios sociales y estabilidad laboral. Esto probablemente debido a la imposibilidad de conseguir una mejor oportunidad laboral.

“Bueno de los 6 médicos [infectólogos] que somos en este servicio, 3 somos nombrados y 3 están con CAS una cosa así, esos no tienen estabilidad pero los que estamos nombrados sí. (...) Dentro del nivel del ministerio, los nombrados estamos a la par, pero los contratados si reciben un pago menor que a otros hospitales nacionales. [Sobre los beneficios sociales:] Los nombrados tenemos todos, pero los contratados los tienen limitadamente. (...) Tenemos seguro social, tenemos derecho a vacaciones, las mujeres tienen derecho a la lactancia, gestación, a capacitación, derecho a “enfermarnos” 20 días al año. [Los contratados tienen] Sólo 15 días de vacaciones, no pueden pedir permiso por capacitación, no pueden pedir permiso por gestación, es muy limitado. [El procedimiento para pasar de contratado a nombrado es mediante] Concursos dentro de las instituciones, pero ahora no se avizora ninguno. (...) el último fue en el 2005.” (Eduardo, 40 años, médico)

Ahora bien, tanto contratados como nombrados sienten que el pago que reciben por sus servicios es bajo. De esta forma, se percibe que, en general, el trabajo en el Loayza es para aquellos que tienen cierto sentimiento afectivo hacia el hospital, ya que resulta más conveniente –económicamente hablando- trabajar en ESSALUD o en clínicas privadas, e incluso –en el caso de los contratados- en otros hospitales nacionales.

“El Loayza está por debajo del sueldo promedio que te ofrecen otros hospitales y por lo que te decía de lo complejo del hospital, de la categoría, el prestigio y en mi caso por el cariño que le tengo, por haber hecho la residencia y en realidad porque te fuerza mucho a leer y porque hay muchas cosas que hacer acá en el hospital para crecer como médico. Pero solo viendo la parte económica, uno preferiría incluso a otras instituciones con mejor remuneración.” (Jorge, 33 años, médico)

Si se conoce que el trabajo en clínicas privadas es mejor remunerado, ¿por qué no laborar en ellas como segundo trabajo? Esto se debe a la imposibilidad –en la mayoría de los casos- de obtener un puesto de trabajo en ellas debido a la escasa capacitación con la que cuentan, los pocos contactos a nivel del ámbito privado, y, en líneas generales, el ámbito de pobreza al cual pertenecen.

Respecto a las razones por las que trabajan en el Hospital Loayza la respuesta más común fue que es un hospital reconocido; también se le señaló como un espacio con importante cantidad de casos clínicos. Por otro lado se indicó el cariño que se le tiene al hospital. Estas respuestas pueden considerarse como lugares comunes que buscan justificar la permanencia en el Hospital Loayza –a pesar de todos los problemas y quejas existentes-.

Así, se debe tener en cuenta que, de acuerdo a Foster, cuando el bien existente es limitado, uno suele aferrarse a él (López 2004). Este aparentemente es el caso en cuanto al trabajo en el Hospital Loayza; al no tener otras posibilidades –mejores- de trabajo, se aferran a él y buscan justificaciones para su permanencia. Se debe también tener en cuenta el patrón del capitalismo tardío según el cual a mayor capacitación mayor fluctuación laboral; los entrevistados tienen varios años laborando en el Loayza, lo cual nos habla de poca capacitación u otras limitaciones para obtener otro trabajo. En el capitalismo tardío el sujeto es entendido básicamente como consumidor, ya no como productor; existe una lógica de consumo basada en el anhelo del instante, en la

fugacidad (Soarez 2005). Ella se aplica también al ámbito laboral, se busca una continua renovación y mejora en base a las propias capacidades.

Otra contradicción existente es que el personal de salud del Loayza lo ve como un espacio reconocido tanto por la calidad de los doctores que ahí trabajan como por la clase y cantidad de casos clínicos que ahí llegan. Respecto a lo primero, ello favorece el currículo de quienes ahí trabajan, les da prestigio; respecto a lo segundo, ello los fuerza a que el aprendizaje sea continuo, los obliga a mantenerse al día y capacitados. Ambas afirmaciones pueden verse reflejadas en las siguientes citas:

“El hospital es como un hospital de referencia es el hospital más importante del Ministerio de Salud entonces supongo que para muchos trabajar en el Loayza te da cierto prestigio o facilidad de ingresar en otros niveles.” (Eddie, 35 años, médico)

“El hospital es uno de los más antiguos y prestigiosos de Lima, yo creo que para cualquiera de nosotros y para los otros colegas, me imagino, mayor casuística de pacientes y una mayor complejidad de pacientes, tratar patologías complejas como las que llegan acá derivadas de múltiples lugares o que vienen de otros centros de salud a las patologías comunes que uno puede ver en un centro periférico de atención primaria que son bastante comunes, repetitivas; acá uno puede ver casos un poco raros, que son los que te hacen pensar, ahondar, investigar, seguir leyendo.” (Jorge, 33 años, médico)

En efecto, se puede evidenciar una serie de contradicciones en la descripción ofrecida del Hospital Loayza. Se le menciona como un hospital de prestigio no obstante no posee los insumos necesarios para brindar una buena atención. Asimismo, se menciona que los doctores del Loayza son reconocidos por su calidad no obstante, como se ha visto, tienen dificultades en conseguir mejores trabajos. En base a estas contradicciones se puede concluir que las visiones positivas ofrecidas del hospital Loayza son una forma de justificación de la permanencia en él y también, una forma de promoción del mismo.

Al preguntarle al personal de salud por las características que debería tener otro empleo para que decidan cambiarse de trabajo, las respuestas variaban entre un posible cambio por una mejora económica y un deseo de permanecer en el Loayza debido al cariño que se le tiene al hospital.

“En realidad, tendría que tener las condiciones que tengo acá, con mejora con la condición económica. En el sentido de no dejar de hacer lo que hago acá, un servicio de infecto con consulta ambulatoria, con interconsultas, tendría que ser un hospital grande, no un hospital pequeño primario, con casuística. Acá tenemos la parte de la docencia, tener residentes rotantes, que te permiten enseñar, la parte de investigación como el servicio de algunos proyectos para algunos estudios clínicos. Tiene que ser una súper oferta económica y algunas de las características que ya te he dicho, por el cariño que le tengo al hospital tengo 5 años como médico y 3 años como externo.”  
(Jorge, 33 años, médico)

Así, el personal de salud de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH y SIDA del Hospital Loayza trabaja en este lugar –según opinión propia– por el prestigio del mismo y por el cariño que le tienen al hospital; sin embargo existen quejas respecto a las condiciones de trabajo, a la remuneración y la infraestructura e insumos faltantes requeridos para brindar una atención adecuada. Esto lleva a pensar en que la verdadera razón de permanencia en el Hospital Loayza es la imposibilidad de conseguir trabajo en un lugar más prestigioso tal como lo son las clínicas privadas.

En efecto, lo que más se resalta del Hospital Loayza es el prestigio del mismo y la calidad de sus médicos. Esto puede ser cierto al compararlo con otros hospitales nacionales; sin embargo, si la comparación se realiza con clínicas privadas son estas últimas las que superan ampliamente al Hospital Loayza. Esto es así no sólo en estos dos ámbitos sino también en infraestructura, insumos y material necesario, cantidad de pacientes, entre otros. De este modo, se configuran una serie de problemas que impiden el ejercicio pleno de la actividad médica tal como está establecida en los criterios de atención.

#### **4.4. Los problemas de interacción del personal de salud**

En cuanto a los problemas a los que se enfrentan como personal de salud del Hospital Loayza, estos pueden dividirse en cuatro tipos: a) Problemas con los insumos y materiales de trabajo, b) Problemas con la infraestructura, c) Problemas con los jefes superiores y d) Problemas con los pacientes.

Los problemas más mencionados son aquellos referidos tanto a la infraestructura como a los insumos y materiales de trabajo. En el primer caso los mayores problemas son la no existencia de un pabellón de hospitalización y el hacinamiento en el que se encuentra la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH y SIDA; este, entre otros, aumenta el riesgo de que las personas viviendo con VIH contraigan una enfermedad oportunista y también de que el personal de salud se vea afectado por enfermedades ocupacionales.

En efecto, en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH y SIDA existen varios casos de tuberculosis, la cual es una enfermedad que se transmite por vía aérea, es decir mediante la expulsión al aire de los gérmenes de la enfermedad ya sea mediante estornudos, tos o habla. Así, el espacio ideal para tratar esta enfermedad es un espacio amplio, con buena circulación de aire y poca concentración de personas; de modo tal que la cantidad de gérmenes de tuberculosis en el aire pueda dispersarse y no ser absorbidos por otras personas. Estas son condiciones que no se dan en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH y SIDA del Hospital Loayza, lo que genera que tanto personas viviendo con VIH como personal de salud se vean expuestos a la tuberculosis y en algunos casos, la contraigan. Esta situación es problemática sobretodo en el caso de las personas viviendo con VIH debido a que –por su enfermedad- tienen defensas bajas y, por ello, cualquier enfermedad que contraigan puede resultarles mortal.

“Es un hospital antiguo es patrimonio no se puede construir ni destruir pero bueno estamos en los consultorios nos hemos tratado de adaptar, necesitamos más ambientes pero con lo que hay intentamos trabajar... sería ideal tener más ambientes, tener ventilación adecuada, pero bueno con lo que hay... Yo creo que como está creciendo el servicio necesitamos también mas ambientes, yo espero que nos lo puedan dar” (Eddie, 35 años, médico)

“Claro, es muy hacinado, trabajamos 3 profesionales, 2 asistentes y yo que soy la psicóloga y bueno lo normal sería que solamente este el psicólogo con los pacientes de repente en otro espacio, espacio poco reducido.” (Verna, 27 años, psicóloga)

Aquí también se puede ver otra contradicción con respecto al Hospital Loayza. Se le describe como un hospital muy prestigioso sin embargo también se menciona como una

de sus características el hacinamiento en su interior lo cual genera tanto incomodidad de usuarios y trabajadores como problemas de salud por el contagio de enfermedades.

Otro de los grandes inconvenientes acarreados por el hacinamiento es la falta de privacidad en las consultas, en este caso particular en la consulta psicológica. Este tipo de consultas suele caracterizarse por la expresión de los sentimientos más íntimos, por lo que debe garantizarse la privacidad a fin de que el paciente sienta la confianza necesaria para poder expresarse libremente. Además, en el caso de una enfermedad como el VIH, esta privacidad debe garantizarse no sólo en la consulta psicológica sino en todas las consultas, esto debido a que dicha enfermedad encierra cuestiones referidas a las actitudes sexuales de las personas.

“Toda la parte de infraestructura no tiene los equipos totalmente necesarios en el momento adecuado, el mismo lugar donde tenemos la entrevista ahorita [la entrevista se da en un ambiente "prestado" por un tiempo ya que no hay un espacio libre en el que podamos realizarla. En el ambiente se filtran muchos ruidos y se escucha lo que conversa el doctor de al lado con su paciente (espacios separados por un biombo)], involucra camas de hospitalización, implica lugar donde hospitalizar pacientes, donde aplicar un procedimiento que tenemos que hacer un tipo malabares por tener un ambiente algo adecuado para un paciente aunque no es lo adecuado para un paciente. [En cuanto a la hospitalización] el hospital Loayza tiene pabellones de medicina general, donde tenemos que hospitalizar a los pacientes para manejo los casos infecciosos.” (Jorge, 33 años, médico)

Tal como se menciona en la cita, no se cuenta con un pabellón especializado sino que deben de buscar camas de hospitalización disponibles a fin de poder utilizarlas para personas con VIH. Esto genera incomodidad tanto en el resto de pacientes hospitalizados como en la persona a hospitalizarse, ya que debe de esperar por una cama.

“A veces cuando entra un paciente con TBC [tuberculosis] no saben donde aislarlo porque esos pacientes como contagian, solamente le ponen unas barandas o unos biombos... pero de todas maneras ¿no? Los otros pacientes como que están asustados porque al costado de él hay un paciente con tuberculosis. O los pacientes igual con SIDA, hay pacientes que no saben cómo se transmite la enfermedad pero ellos como dicen: ¿tiene VIH? Ya están con miedo ¿no? Entonces otro paciente que entra por cualquier causa se asusta. Yo pienso que cada

pabellón debe estar aislado para que los pacientes se sientan tranquilos y cómodos.” (Luz, 26 años, enfermera)

“Porque yo tengo un pabellón en el cual en que trabajo aparte, o sea me han asignado funciones en un pabellón de medicina, pues tengo camas a mi cargo para varones y yo puedo hospitalizar a los varones que considere pertinentes ahí, pero no tenemos lo mismo en mujeres, no hay nadie en un pabellón de mujeres, entonces tenemos que ir de pabellón en pabellón hasta que alguien se apiade de uno y acepte hospitalizar al paciente. [En cuanto a la existencia de discriminación] Sí, claro porque nadie quiere aceptar un paciente de VIH, piensa que se va a contagiar respirando que se yo.” (Eduardo, 40 años, médico)

Así, se puede apreciar que si bien al interior de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH y SIDA del Hospital Loayza el trato a los pacientes con VIH no se ve teñido por la discriminación, esto no ocurre así en los otros servicios del hospital. Esto genera graves inconvenientes para las personas viviendo con VIH ya que ellos si bien se atienden mayoritariamente en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH y SIDA también, en ciertos casos, requieren de otros servicios del hospital tales como emergencia y hospitalización. En ambos servicios se les hace esperar durante largo tiempo sin ser atendidos para finalmente atenderlos de manera inadecuada.

Ahora bien, la hospitalización se ve hasta cierto punto beneficiada por el hecho de que el jefe del Servicio de Infectología –y también doctor del servicio- trabaja también en otro pabellón, el cual si posee el servicio de hospitalización pero sólo para hombres. Esto permite que los pacientes varones puedan ser hospitalizados de manera relativamente rápida. Por otro lado, en el caso de las mujeres, ellas -en caso deban ser hospitalizadas- deben esperar no sólo a que se desocupe una cama sino también a que el doctor a cargo acepte hospitalizar a una personas viviendo con VIH en su pabellón.

Finalmente, se destacan las trabas existentes debido a las normas de atención y también a la falta de insumos y materiales de trabajo. Esto genera lentitud y complicación en procedimientos que podrían ser bastante simples y rápidos.

“Mucho de los que nos quejamos es que falta infraestructura y que a veces los procesos son muy lentos para atender a los pacientes. Por ejemplo uno requiere solicitar algún examen y simplemente por medios económicos no se hace cuando deberíamos tratar de facilitar

las cosas al paciente o... no hay la comunicación adecuada entre un servicio y otro” (Lizzette, 28 años, médica)

“(…) no tenemos una computadora, el código de barra por ejemplo, hago un descuento parcial a un paciente tiene que ir hasta autogestión donde hay largas colas, a esperar, y eso bien yo podría hacerlo acá si yo tuviera una computadora. (...) Si, si, hemos pedido... mi departamento, de servicio social estaban tratando de acondicionar, están viendo la infraestructura para que nos traigan ¿no? Ya tenemos por ejemplo una computadora pero no tenemos red... vamos mejorando [la computadora se encuentra colocada sobre un escritorio pero no hay una toma de corriente a la cual enchufarla]” (María, 48 años, trabajadora social)

En efecto, existen diversas posibilidades de reducir el tiempo en procedimientos, sin embargo, por falta de los insumos necesarios no pueden concretarse. Así, existen sólo dos computadoras en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH y SIDA sin embargo suelen tener problemas con la red interna y con internet, de modo tal que muchas veces su uso se limita al de una máquina de escribir.

En cuanto a los problemas con los jefes superiores se menciona a un nuevo Jefe de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH y SIDA el cual no es de la especialidad, lo que genera malestar entre los infectólogos. Esto debido a que su desconocimiento del trabajo básico realizado en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH y SIDA del Hospital Loayza demora procesos y retrasa el cumplimiento de planes establecidos. Estos cargos son entendidos como cargos puramente políticos a los cuales se llega no por las calificaciones o conocimiento del tema específico sino por influencias o contacto con las personas indicadas.

“El problema que tenemos ahora en el servicio es que hay una jefatura de la estrategia donde consideraron a un médico que no es de la especialidad, es un cargo político, entonces eso interrumpe todo el trabajo que hacemos y atrasa en lo que se tiene proyectado bueno, son periodos y etapas y esa es la parte política pero eso es una parte que a mí no... me retrasa, no solo a mi sino a todo el servicio.” (Eddie, 35 años, médico)

El hecho que una persona, en este caso el nuevo jefe de la Estrategia, retrase el accionar de la misma, muestra el patrimonialismo existente. En efecto, se ve al hospital como un patrimonio privado por lo cual con el ingreso de un nuevo jefe no se sigue lo ya



planificado sino que se vuelve a repensar el manejo del bien público en base al punto de vista de la persona que ejerce el poder en dicho momento.

Respecto a los problemas con los pacientes, son las enfermeras –todas ellas- las que principalmente se quejan del tener que soportar ellas todas las quejas, así sea por hechos que no son de su responsabilidad.

A veces la gente es malcriada y no entiende. A veces no viene el médico o no salen las historias y ellos no entienden que no es culpa de uno, y siempre todo le cae a nosotros, el personal. Nosotros tenemos que estar siempre calladitos, como se dice: el paciente siempre tiene la razón. Eso es lo que no nos gusta, tenemos que soportar todos los gritos, no es nuestra culpa pero bueno, que hacemos. (Luz, 26 años, enfermera)

En efecto, las enfermeras son la cara visible de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH y SIDA en el Hospital Loayza, por lo tanto ellas son las que responden a los problemas que se presentan, sean estos su responsabilidad o no. Los doctores se encuentran en sus consultorios y no son visibles más que para los pacientes que tienen cita con ellos.

El personal de salud es quien decide quienes acceden al TARGA y en qué momento. Esto es así a pesar de las normas técnicas que dictan protocolos específicos de ingreso y mantenimiento al TARGA. Así, el personal de salud ejerce sus propios criterios para determinar los tiempos de acceso al tratamiento.

## **5. Las Personas Viviendo con VIH y los requisitos de acceso al Tratamiento Anti Retroviral de Gran Actividad.**

### **5.1. Requisitos de acceso al Tratamiento Anti Retroviral de Gran Actividad e invención de los mismos**

El tiempo que demora el acceso al TARGA puede ser de vital importancia para las personas viviendo con VIH, esto se da así si es que el estado de salud de las mismas se encuentra gravemente deteriorado, el cual suele ser el caso de la mayoría de personas viviendo con VIH al llegar a la Estrategia. Así, está establecido que las personas viviendo con VIH deben pasar una serie de exámenes y pruebas previas al inicio del TARGA. No obstante, es el personal de salud el que finalmente decide el inicio del tratamiento aún así no se hayan cumplido todos los requisitos; los cuales se detallan a continuación:

“Lo primero que pedimos es una prueba de laboratorio Elisa en la cual salga reactivo, luego hacemos una evaluación pre TARGA que consiste en darle una tarjeta, [luego] pasa una evaluación por todo el equipo del servicio: enfermera, asistente social, nutricionista, psicóloga, obstetricia y también oftalmología en el cual le van poniendo un sello y la fecha en la cual han sido evaluados. Luego se hacen los exámenes auxiliares los cuales son examen de sangre para evaluar función hepática, función renal, descartar otras enfermedades de transmisión sexual; se pide placas de tórax, muestra de escudo y se pide CD4 y carga viral para valorar el estado de inmunidad de las personas y saber si tiene criterios para el inicio del TARGA. Con todo eso se evalúa el paciente, su agente de soporte y se inicia el tratamiento.” (Eddie, 35 años, médico)

Como se puede ver en la cita son varias las evaluaciones y pruebas requeridas para acceder al TARGA, esto implica un tiempo estimado de dos semanas en las que la persona viviendo con VIH no puede recibir el tratamiento. Debido al deteriorado estado de salud con el que llega la mayoría de las ellas a la Estrategia, este tiempo puede resultar crucial para la mejora de su estado de salud. Es por ello que el personal de salud se reserva el derecho de permitirles acceder al TARGA sin haber culminado los exámenes requeridos, pero bajo la condición de que se los realicen.

“La enfermedad de VIH es una enfermedad crónica por lo que los pacientes van a estar en tratamiento durante mucho tiempo, entonces digamos los requisitos no son estrictos en el servicio, si uno tiene un paciente que tiene una enfermedad aguda o requiere TARGA sin que haga toda la evaluación es responsabilidad del médico iniciar el tratamiento por ejemplo viene una gestante no hago que tenga todos los exámenes le inicio TARGA el mismo día sin ningún problema el mismo día pero el que haga todos sus exámenes en un paciente que no requiera TARGA pronto es bueno porque voy a tener todos sus exámenes basales voy a ver si presenta alguna reacción adversa voy a buscar alguna ocasión oportunista y el hecho que pase evaluación con todo el equipo hace que el paciente entienda su enfermedad y pueda enfrentarla porque veces el paciente viene y tiene muchas dudas, bueno el punto es que a veces demora mucho las consulta pero creo que eso ya lo hemos ido mejorando pero bueno que el paciente haga toda la evaluación.” (Eddie, 35 años, médico)

“(…) puede ser que [la persona viviendo con VIH] no tenga el CD4 pero con el resultado de simplemente el Elisa positivo ya inicia el TARGA ¿no? sin tener el CD4 y la carga viral porque él está entrando clínicamente (...). Y los requisitos es que hayan llenado, complementado toda la tarjeta rosada que es la atención integral... pero eso no impide que si no ha terminado de llenar la tarjeta y si un paciente lo requiere urgente; no impide que si la tarjeta no la llenó, no es un impedimento para que inicie TARGA” (María Elena, 47 años, enfermera)

“(…) hay pacientes que por su estado clínico a veces obviamos ciertas evaluaciones y les iniciamos directamente el TARGA cuando consideramos que está muy mal y debe iniciar ya sin mucho retraso; entonces a veces eso se facilita de cierta forma.” (Lizzette, 28 años, médica)

Tal como se puede ver en la primera cita, la importancia de los exámenes previos al TARGA radica en que ellos permiten tener una línea de base del estado de salud de la persona viviendo con VIH y conocer posibles reacciones adversas que puedan tener a los medicamentos que forman parte del TARGA. Esto último resulta de suma importancia ya que al ser medicamentos muy fuertes tienen también efectos secundarios tales como náuseas, dolor de cabeza, entumecimiento, erupciones cutáneas, reacciones alérgicas, alteraciones mentales, entre otros (Janssen-Cilag S.A. 2010).

Así, es en casos en que el estado clínico del paciente se encuentra muy deteriorado que el personal de salud le facilita el acceso al TARGA sin haber cumplido todos los requisitos previos. Ello debido a que dichas semanas resultan críticas para la vida del paciente y se corre el riesgo de perderla si no ingresa al TARGA inmediatamente.

Por otro lado, el personal de salud considera que la importancia de los requisitos necesarios para acceder al TARGA radica en que ellos permiten a las personas viviendo con VIH conocer más acerca de la enfermedad y al mismo tiempo los sensibiliza al respecto. En efecto, tal como se ha mencionado, la mayoría de personas viviendo con VIH llega a la Estrategia con un desconocimiento profundo del VIH y de sus características. Esto genera que el cambio de comportamiento necesario para la mejora de su salud sea muy difícil de lograr, esto debido a que se desconoce la importancia del mismo y del impacto positivo que puede tener en la propia salud debido a las características del VIH.

Así como a algunas personas viviendo con VIH se les permite acceder al TARGA sin haber cumplido todos los requisitos previos, a otras se retrasa su ingreso debido a problemas psicológicos o de alcohol o drogas.

“[En casos de pacientes con problemas psicológicos, de alcohol o drogas] Han demorado en atención, sí. Lo que se trata del hospital es que lleves una buena adherencia con el programa del TARGA porque el Estado está invirtiendo en ti. Es un programa que nosotros debemos decir gracias porque nos da esa medicina que es gratuita. Si hay un drogadicto, un irresponsable que no hace una buena adherencia por tomar, por fumar, por drogarse, la cocaína y todas esas cosas; yo creo que el médico tiene la potestad de decirle “bien sigues en el TARGA o continuas o te vas” porque esa medicina le puede hacer falta a otro paciente.” (Jorge, 63 años, persona viviendo con VIH)

En este caso, la falta de adherencia al TARGA condiciona una suspensión del tratamiento con la posibilidad incluso de suprimirlo totalmente. Este actuar se encuentra de acuerdo a lo indicado en las normas técnicas de atención planteadas por el MINSA. Debe resaltarse la mención que se hace del Estado: se le presenta como un ente al cual agradecer por brindar las medicinas. De este modo, no se entiende el concepto de “derecho” y se le comprende como un “favor” o una “beneficiencia” que debe ser agradecida.

Ahora bien, las personas viviendo con VIH consideran dichos requisitos como fundamentales para ingresar al TARGA; no obstante, la única razón mediante la cual justifican su calificación cómo indispensable es el hecho que pasar por todos los requisitos mencionados genera responsabilidad en ellos mismos y un mayor

conocimiento sobre el VIH y su actuar en el cuerpo humano. Esto se aprecia claramente en la siguiente cita: “Yo creo que es indispensable porque eso te llena de responsabilidad.” (Entrevista a Rosa: 63 años). Para las personas viviendo con VIH resulta de gran importancia conocer más acerca del virus que poseen ya que, en su mayoría desconocen la información general sobre este virus.

Así, es de suma importancia reforzar el conocimiento con respecto al VIH a fin de que las propias personas viviendo con VIH comprendan la importancia de lo que se les pide y, de este modo, el cambio de comportamiento sea una decisión entendida cabalmente. Esto mismo ocurre con la sensibilización respecto al VIH, ella favorece no sólo la adherencia al tratamiento sino también una comprensión integral del VIH.

De este modo se considera a los requisitos de acceso al TARGA como un elemento importante básicamente por su carácter informativo y sensibilizador. Es por ello que se genera malestar en el personal de salud de la estrategia cuando la información brindada en las consultas o consejerías, por el propio personal de salud, no es veraz o no se expresa de manera clara y precisa, esto debido a que dichos hechos generan confusión y mayor desinformación en las personas viviendo con VIH.

“(…) la parte nutricional es poco adecuada porque vienen internos de nutrición y no viene un profesional, no dando una consejería adecuada; es muy diferente tratar un (paciente) HIV con una persona normal y eso lo entienden poco. Tenemos mucho déficit en los últimos meses con la obstetrix del servicio, llega a partir de las 10am y debería estar en horario completo y esto es porque está en otro servicio, pero esto no es así porque cumple con otras obligaciones a pesar de que ha sido coordinada. En realidad todas las consejerías son bastante acertadas sino estaría de más, [pero] la consejería nutricional sobretodo que confunde a los pacientes y confunde la parte nutricional y vienen a consultarnos y ahí no hay un orden.” (Jorge, 33 años, médico)”

El hecho de enviar a internos y no a médicos profesionales a realizar las consejerías en nutrición denota el poco interés hacia la atención a las personas viviendo con VIH, a las que se les atiende con personas que no han terminado su capacitación profesional. De este modo, la información que se brinda en esta consejería no es entendida cabalmente por las personas viviendo con VIH y tampoco es del todo adecuada para ellas, sino que es información general más no especializada en el caso de personas viviendo con VIH con déficit de defensas en su organismo.

Por otro lado, se menciona la falta de una obstetriz a tiempo completo a pesar de haber coordinado el servicio de una en la Estrategia; asimismo la atención en nutrición por parte de internos y no de profesionales con experiencia en el campo. Esto genera que se brinde una información inadecuada a las personas viviendo con VIH lo que ocasiona confusión en ellas y, de este modo, dificulta la adherencia al TARGA, lo que genera un desmejoramiento en su estado de salud y la creación de resistencia al tratamiento. Esto es, que el organismo se vuelve inmune al efecto deseado del tratamiento por lo cual este pierde su efectividad.

Todos estos requisitos y los problemas existentes con los mismos son experimentados por las personas viviendo con VIH que se atienden en la Estrategia. Es este grupo el que se ve perjudicado o beneficiado con la decisión del personal de salud sobre el adelantar o retrasar su acceso al tratamiento, ¿Quiénes son estas personas? ¿Por qué razones se atienden en el hospital Loayza?

## **5.2. Las Personas Viviendo con VIH**

Esta investigación se basa en la conducta observada y en lo expresado tanto por el personal de salud de la Estrategia como por las personas viviendo con VIH que ahí se atienden. En capítulos anteriores ya se ha caracterizado al personal de salud y también se ha descrito y analizado su situación; a continuación se hará lo mismo en referencia a las personas viviendo con VIH con el fin de conocer quiénes son estas personas y que motivaciones tienen en su relación con el personal de salud de la Estrategia.

De este modo, se analizarán las características de las personas viviendo con VIH que se atienden en la Estrategia del Hospital Loayza: género, edad, tiempo de diagnosticados y tiempo de recepción del TARGA, realización de la prueba de Elisa, reacciones frente al resultado positivo, situación laboral y situación económica, selección del Hospital Loayza como lugar de recepción del TARGA, nivel de educación, relaciones interpersonales generadas en la Estrategia, situación familiar, actitud frente al VIH y relaciones existentes con el personal de salud de la Estrategia.

La Estrategia, hasta el 10 de abril del 2010, cuenta con 1636 personas viviendo con VIH como pacientes regulares recibiendo el TARGA (Eduardo, 40 años, médico). En el Perú, hasta finales del 2008 existían 16 552 personas recibiendo el TARGA (CARE PERÚ 2009). En base a estos datos se puede inferir que el Hospital Loayza atiende casi al 10% de la población que recibe TARGA en el Perú.

Si bien aún existe la noción de grupos de riesgo, esta pierde espacio debido al creciente número de personas heterosexuales con VIH. De este modo, el grupo de personas viviendo con VIH a nivel mundial es, cada vez más, un grupo heterogéneo. La tendencia actual de la pandemia es la “feminización”, “juvenilización” y “empobrecimiento” de la misma, esto es, que cada vez es mayor el número de mujeres y jóvenes pobres poseedores del VIH (Reyes 2008: 37).

En el hospital Loayza estas tendencias actuales del VIH se ven reflejadas de cierto modo. Así, las personas viviendo con VIH que ahí se atienden son en su mayoría mujeres adultas en situación de pobreza.

“La mayoría de los pacientes son mujeres de los estratos pobres o muy pobres la mayoría tiene de secundaria completa, pertenecen a la población general, o sea, no privadas de la libertad, no son lesbianas, no son trabajadoras sexuales, son gente de la comunidad que no tienen ningún grupo de riesgo en especial, sino que el único riesgo es haber estado con alguna pareja generalmente varón, con factores de riesgo o mejor dicho con conductas de riesgo. Nuestro paciente es una mujer pobre que generalmente trabaja en algún trabajo de término medio para abajo y con secundaria completa.” (Eduardo, 40 años, médico)

Tal como muestra la cita, la tendencia a la juvenilización del VIH no se ve reflejada entre los pacientes de la Estrategia ya que ellos son en su mayoría personas adultas. No obstante debe resaltarse el hecho de que no son personas pertenecientes a ningún grupo de riesgo en particular. Esto va de acuerdo a la tendencia de expansión del VIH más allá de los denominados grupos de riesgo.

Las personas viviendo con VIH entrevistadas tienen entre tres y seis años recibiendo el TARGA. Este tiempo coincide, en la mayoría de los casos, con el tiempo que tienen de diagnosticados como VIH positivos; no obstante, en algunos casos el TARGA fue iniciado meses después de ser diagnosticados. Este diagnóstico se realizó mediante la

realización de la prueba de Elisa, todos los entrevistados se la realizaron en el Hospital Loayza. Ahora bien, ninguno de ellos fue al Hospital con el deseo expreso de realizarse dicha prueba, sino que se la realizaron por circunstancias ajenas a sí mismos, tales como accidentes, exámenes de descarte de enfermedades, entre otros. Esto demuestra que existe una falta de conciencia sobre la posibilidad de poseer el VIH, y en caso dicha conciencia exista, un temor a confirmar dicha sospecha.

“[Me hice la prueba de Elisa] Porque estaba enfermo. Nunca [había pensado realizarme la prueba de Elisa], ni me interesé. Imagínate que me mandaban... Impacta me mandaba correos. A mi messenger cuando apareció el messenger acá en el Perú. Me mandaban que me vaya, que me dieran el pasaje para que me haga la prueba, etc. Y yo lo borré de mi messenger. Después me vino el problema.” (Julio, 51 años, persona viviendo con VIH)

La mayoría de personas viviendo con VIH se acercó al Loayza debido a la existencia de un malestar que, una vez diagnosticado, no era otra cosa que una enfermedad oportunista debido al VIH. Esto genera que la salud de las personas viviendo con VIH al acercarse a la Estrategia se encuentre en muy mal estado por lo que en muchos de los casos se requiere de hospitalización y de atención especial a fin de poder recuperarla.

Los entrevistados relatan que en el momento de recibir el diagnóstico VIH positivo se genera un shock muy fuerte el cual debe de ser contenido por la psicóloga. La mayoría de personas viviendo con VIH acuden solos a recibir el diagnóstico, otros acuden acompañados por sus familiares o amigos cercanos.

“[Al conocer el diagnóstico VIH – positivo] No sé que quería hacer en el momento, ya no se podía hacer nada ¿no?... llorando, gritaba... vine con una amiga, me apoyó mi amiga.” (Mary, 50 años, persona viviendo con VIH)

Es en estos casos en los que radica la importancia de que sea la psicóloga la encargada de brindar el resultado positivo y de que se realice la consejería post – test. Es ella la persona, que debido a su especialidad, se encuentra mejor capacitada para contener a las personas viviendo con VIH en este tipo de situaciones.

Las personas viviendo con VIH generalmente se desempeñan en trabajos independientes sin un horario ni ingreso fijo. El ser VIH-positivos impide la realización de ciertos



trabajos debido a la exposición a enfermedades que estos pueden acarrear, por ejemplo trabajos nocturnos al aire libre. Asimismo, el tiempo que se invierte en el HNAL para el recojo de medicinas del TARGA o para la atención por algún malestar se convierte en un impedimento para ejercer un trabajo con horario de oficina.

“Antes trabajaba reciclando. (...) De ahí me dedico a comprar cosas. Reciclaba de noche, ahora es de día. (...) [Todavía reciclo] a veces. Con mi señora, salimos cuando no hay. Le digo “ya, vamos” y salimos a dar la vuelta. Como vivimos en La Victoria, salimos a Lince. A veces, nomás, a las quinientas. Porque la mala noche a mí me consume mucho.” (Richard, 35 años, persona viviendo con VIH)

En líneas generales, la mayoría de los trabajos desempeñados por las personas viviendo con VIH entrevistadas están relacionados a las áreas de limpieza y mantenimiento tanto en locales comerciales como en casas particulares, asimismo también existe un grupo considerable que ejercen como vendedores. Esto denota la condición económica de pobreza en la mayoría de las personas viviendo con VIH que se atienden en la Estrategia.

Todas las personas viviendo con VIH entrevistadas relatan que, una vez recibido el diagnóstico, su situación económica empeoró no sólo por la situación descrita en el párrafo anterior sino también porque la enfermedad genera gastos a pesar de la gratuidad del TARGA. Estos gastos se constituyen en movilidad para llegar al hospital, el pago de ciertos exámenes y pruebas de laboratorio y finalmente, el pago de S/. 8.00 por consulta. Este último rubro es muy criticado por las personas viviendo con VIH que se atienden en la Estrategia ya que consideran que es una suma fuerte de dinero que no les es fácil conseguir, esto debido a la situación de pobreza en la que se encuentran

Asimismo, debe tenerse en cuenta que el punto más crítico en cuanto a la imposibilidad de laborar suele ser el tiempo inmediato posterior al conocimiento del diagnóstico; esto debido a que la mayoría de las personas viviendo con VIH suele poseer un estado de salud en muy mal estado en ese momento. Esto implica recibir un tratamiento y cuidados especiales y, en algunos casos, hospitalización. Esta situación también merma fuertemente la situación económica de la persona viviendo con VIH ya que no sólo no posee ingresos, o estos se ven disminuidos, sino que sus egresos aumentan debido a la necesidad de medicina especializada y pagos por hospitalización y/o operación.

Esta situación económica precaria también influye en la permanencia en el Hospital Loayza como lugar de obtención del TARGA. Esto debido a que para atenderse en otro lugar se pone como requisito principal que este brinde atención gratuita. No obstante también existen otros criterios que resaltan cualidades del Hospital Loayza tales como el buen trato que ahí se brinda.

“Mira que yo tengo seguro... ah... y sin embargo... Yo estoy asegurado, pero yo prefiero [atenderme en el HNAL] porque si a mitad de mi tratamiento en el seguro, que es una vez al mes nomás, yo tengo un problema, me duelen los bronquios y si quiero sacar una cita no me van a atender inmediatamente. Lo que acá en el servicio de Infectología, vuelvo a pagar mis 10 soles y saco mi cita o.... vengo directamente, espero a mi médico y le digo: “Doctor, me siento mal. Estoy con una bronquitis”, y me receta. (...) no espero una cita del seguro.” (Jorge, 63 años, persona viviendo con VIH)

“(...) porque vi que desde el momento que me dieron el resultado de la prueba, la técnica tuvo una acción bien cordial y me dijo que no me preocupe, que me relaje, que nadie estamos libres... me iba preparando en el camino. Y que había un grupo de profesionales que me iba a brindar apoyo, el soporte. Eso me tranquilizó.” (Santiago, 50 años, persona viviendo con VIH)

En el caso de la primera cita se prefiere el servicio en el hospital por sobre el del seguro debido a la facilidad que brinda el primero para la obtención –y realización- de citas de atención; las cuales en el caso del VIH pueden llegar a ser de gran importancia debido a las enfermedades oportunistas que pueden atacar a las personas viviendo con VIH sin previo aviso. Este tipo de atención genera confianza en los recién diagnosticados con VIH y promueve que se realicen las pruebas necesarias para acceder al TARGA en el Hospital Loayza. Así, la atención adecuada en un momento de crisis se constituye en un fuerte factor de permanencia en el Loayza.

Otra razón de gran importancia para la selección del Hospital Loayza como lugar de tratamiento es la cercanía del hospital a los hogares de las personas viviendo con VIH ya que esto permite un ahorro no sólo de tiempo sino también de dinero. También se mencionan causas azarosas tal como al haber sufrido una emergencia y haber sido llevado al Loayza, lo que generó que se tenga una historia clínica ahí o haber recibido un resultado inesperado en el mencionado hospital.

El nivel de educación de las personas viviendo con VIH que se atienden en la Estrategia es en su mayoría de secundaria completa; sin embargo también existen personas con educación universitaria completa y otros que han estudiado carreras técnicas. Asimismo, también existe un grupo de personas viviendo con VIH que no ha terminado la educación secundaria.

“Ves de todo. Ves gente que no tiene educación, ves primaria, profesionales. Ves de todo. Esta enfermedad está alcanzando a todo nivel. No discrimina educación ni nivel social.” (Julio, 51 años, persona viviendo con VIH)

En este aspecto también se aprecia la tendencia a heterogenizarse del VIH. En esta heterogeneidad se conforman grupos de pares con los cuales se genera empatía y confianza para tocar temas relativos a sus propias vidas privadas y al VIH. La conformación de estos grupos de pares resulta de suma importancia debido a las dificultades existentes para hablar del VIH fuera del ámbito del hospital. Esto debido a los estigmas que la sociedad en general tiene al respecto.

“Hay de todo; pero todos somos una familia. Todos, lo comentamos ahí todo, pero en la calle no... porque te discriminan. (...) porque en la calle no puedes decir que tienes esa enfermedad porque te miran mal. Hasta en los propios vecinos porque lo comentan, lo comentan, y te ven con otro... Con otra cara... Es que no saben. Es que nunca han tenido ese problema de la enfermedad de VIH. Por ejemplo, si no hubiera tenido esa enfermedad, no hubiera llegado también acá. Igualito, la gente no tiene conocimiento. (...) Salimos así en grupo, pero más acá. Con mis amigos, así... pero no saben que tengo el diagnóstico.” (Richard, 35 años, persona viviendo con VIH)

Así, se narra que existe una amistad entre las personas viviendo con VIH que reciben el TARGA en la Estrategia; esta se basa en el hecho de compartir características en común tales como nivel socioeconómico, grado de estudios y también en el hecho de ser todos VIH – positivos. En efecto, se constituye en un grupo de pares en el cual se puede establecer una comunicación libre con respecto al tema del VIH, la vida con VIH y los problemas que esta enfermedad acarrea. Tal como se afirma en la cita, el VIH es un tema que no puede ser discutido con cualquier persona debido a los prejuicios existentes contra los poseedores de este virus; así, se hace necesario contar con un grupo de pares con el que se pueda hablar abiertamente sobre este tema.

Ahora bien, ya se ha mencionado la dificultad de expresar el propio estado VIH – positivo debido a la alta carga valorativa que esta enfermedad encierra. Por esto la mayoría de personas viviendo con VIH entrevistados relata que sólo su familia cercana conoce acerca de su estado seropositivo, en algunos casos incluso se selecciona a algunos miembros de la familia nuclear para ser informados del diagnóstico.

“Bueno, mi barrio no sabe nada. Prefiero que no salga nada de acá... porque a veces tengo problemas con el papá de mis hijos ¿no? Mi familia, mi hija no quiere que yo salga porque será para que a ella se les vengan todos, la boten de su trabajo” (Mary, 50 años, persona viviendo con VIH)

“En mi caso, casi toda mi familia... (...) Mis amigos no, de mi parte solamente mi familia que es la que más me apoya. No a todas mis amistades, son contaditos. Yo aprendí, de todo lo que pasé, quiénes eran realmente mis amigos. Amigos son muy pocos.” (Lázaro, 30 años, persona viviendo con VIH)

Se puede evidenciar que existe un fuerte temor a ser discriminado o, incluso, a que algún miembro de la familia sea discriminado por tener un familiar seropositivo. Asimismo, en el segundo caso se narra que la persona viviendo con VIH sufrió discriminación por ser VIH – positiva y, en base a ella, aprendió que no debía revelar su estado a todos sus conocidos sino simplemente a un grupo muy íntimo. Esto genera que se limite altamente el número de personas a las que se les comunica el resultado.

Respecto al impacto en la situación familiar el diagnóstico generó –en la mayoría de los casos- un drama familiar que, no obstante, terminó en un apoyo de la familia hacia la persona viviendo con VIH. Sin embargo, no son pocos los casos en los que la familia opta por alejarse del miembro VIH – positivo.

“Lo primero que, en estos años que estoy diagnosticado, he visto casos que la familia los han botado de sus casas, por esta enfermedad. (...) Bastantes casos que su papá lo ha botado, que su mamá lo ha botado. Entonces es un problema. Yo tengo la suerte que mi hermana no me botó de su casa, me atendieron, me cuidaron. (Julio, 51 años, persona viviendo con VIH)

Así, la familia pasa a ser –en un alto número de casos- el apoyo no sólo psicológico sino también económico; llegando a constituirse, en algunas ocasiones, en el único soporte económico para la persona viviendo con VIH. Esto debido a que su situación laboral

también se ve afectada sobre todo cuando recién son diagnosticados debido a su deteriorado estado de salud.

En cuanto a la actitud personal de las personas viviendo con VIH, debe resaltarse que existe un grupo relevante de entrevistados que ve al VIH como una oportunidad que les ha permitido tomar mayor conciencia en su vida, ordenarla, valorarla y ser más responsables con ella. En efecto, es una visión “positiva” del impacto del VIH en sus vidas, la cual permite superar el hecho de poseer una enfermedad incurable valorando la vida y cuidándola al máximo a fin de poder disfrutar de ella el mayor tiempo posible.

“(…) hacía una vida muy agitada antes, muy liberal donde tú abiertamente podías encamarte con cualquier persona sin usar preservativo. No usabas porque no había temor; decías “no, a mí que me va a dar”, “yo nunca me voy a contagiar”, (...) y me tocó.” (Jorge, 63 años, persona viviendo con VIH)

Asimismo, gracias al TARGA se percibe al VIH como una enfermedad con la que es posible llevar una vida “normal”, viéndola hasta cierto punto como un mal menor: “Mírame a mí, no se me nota, estoy normal. Prefiero tener VIH a tener cáncer, el VIH es algo que se puede superar pero un cáncer no.” (Entrevista a Víctor: EPSE2 PVVIH4). Así, debido a que el VIH es un virus que no presenta síntomas por sí mismo (estos aparecen con las enfermedades oportunistas) se le ve como una enfermedad que permite continuar con la vida de manera normal sin que se merme la calidad de la misma. Esta visión se ve reforzada por el hecho que el tratamiento a seguir tampoco genera una debilidad temporal (tal como es el caso de la quimioterapia y el cáncer), sino que promueve el mantenimiento de un estado de salud estable.

Por otro lado, todos los entrevistados afirman tener una conducta responsable con las personas a su alrededor a fin de no propagar el VIH ni generar reinfecciones. No obstante, también se narra la existencia de algunas personas (“otros”) viviendo con VIH que no son responsables con las demás personas y pueden generar nuevas infecciones así como su propia reinfección.

“Por ejemplo en el laboratorio yo les digo: ‘yo tengo VIH y quiero que te pongas tu guante sino no me toques. Yo no quiero que tu cargues la cruz como yo la cargo.’” (Mary, 50 años, persona viviendo con VIH)

“(…) hay personas que saben que tiene su diagnóstico y tienen su pareja sana... y eso es lo que me da cólera porque no deben de hacer ni el hombre ni la mujer... Si saben que están... ya murió una. El otro día me dio cólera porque hace dos años ya murió una y ahora está con otra chica que está sana, la ha contagiado ya... y eso es lo que me duelen señorita que no deben de hacer esas cosas, ni los hombres ni las mujeres.” (Mary, 50 años, persona viviendo con VIH)

Ambas citas muestran actitudes contrarias con respecto a la responsabilidad frente a las personas a su alrededor. En la primera se busca evitar un contagio accidental informando de su estado VIH-positivo. En este caso se entiende al VIH como una carga con la que se tiene que vivir. En la segunda cita se narra la irresponsabilidad de otra persona viviendo con VIH con respecto al contagio a sus parejas sexuales. Ahora bien, ninguno de los entrevistados admite la propia irresponsabilidad frente a los demás, y más bien la atribuye a “otras” personas viviendo con VIH. Esto puede entenderse como un mecanismo de defensa frente a una conducta que se sabe errada pero en la que, aún así, se suele incurrir.

Finalmente, en cuanto a la relación de las personas viviendo con VIH que se atienden en la Estrategia con el personal de salud, la mayor cantidad de quejas se dirigen a las enfermeras –tanto rotativas como las que laboran permanentemente en dicha estrategia-. Ellas son vistas como personal de salud con un mal trato hacia las personas viviendo con VIH.

“En las enfermeras que tengan mejor trato a los pacientes. A los nuevos, a los antiguos, a todos.” (Walter, 39 años, persona viviendo con VIH)

“(…) una asistenta porque siempre yo la veo que...cuando murió mi hijo me atacaba y siempre la veo que me ataca pero sabe como atacar, pero yo no le hago caso, para que me voy a poner a su nivel... si ella me quiere atacar yo estoy más preparada, no le hago caso, ya para que voy a discutir.” (Mary, 50 años, persona viviendo con VIH)

Esta visualización de las enfermeras como personas con mal trato hacia los pacientes se origina en diversas causas en las que se profundizará en el siguiente capítulo. Por el momento sólo busco resaltar el hecho que existen tensiones entre personal de salud y personas viviendo con VIH, tensiones que se ven reflejadas en conflictos. El origen de estos conflictos es, en algunos casos, las percepciones que tienen uno del otro ambos grupos de actores. ¿Qué piensan del otro?, ¿Cómo lo caracterizan?

### 5.3. Percepciones de las personas viviendo con VIH respecto del personal de salud

La importancia de conocer las percepciones que tienen uno del otro ambos actores radica en que es en base a ellas que se llevarán a cabo las relaciones comunicacionales existentes entre los mismos. Por ello, también serán determinantes al momento determinar qué estrategia utilizar a fin de conseguir el objetivo deseado, en el caso de esta investigación: el acceso al tratamiento. Así, las percepciones configuran nuestro actuar con el entorno.

De este modo, todo lo visto hasta el momento en la presente investigación tiene como objetivo servir de marco para lograr comprender y analizar las estrategias comunicacionales puestas en práctica por las personas viviendo con VIH para acceder al tratamiento antirretroviral. Al ser este el problema de investigación, es necesario conocer las percepciones que tienen los actores entre sí para así, en base a ellas, comprender el entorno comunicacional en el que se desarrollan las relaciones comunicacionales entre ambos actores.

¿Cuál es la opinión que tienen las personas viviendo con VIH que se atienden en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH y SIDA de su personal de salud? En líneas generales se resalta el buen trato y la calidad profesional que tienen; ambas respuestas son percepciones estereotipadas. Por otro lado, como defectos sobresalen la demora en la atención y la rapidez en cuanto al tiempo de consulta, esto probablemente debido a la saturación de pacientes.

“Yo creo que los profesionales del que actualmente se llama Servicio de Infectología son grandes profesionales. Anteriormente, mis compañeros líderes que muchos se han ido y los reconozco hasta ahora, comentaban que antes que entre el TARGA había mucha queja, maltrato. Justamente creo que era porque los profesionales no estaban muy capacitados. Ahora veo, conjuntamente con ellos, que hay muchas instituciones que trabajan con el tema del VIH (más que nada en ESSALUD) que los capacitan. Desde que yo entré, desde la infectóloga, todos los profesionales que ella va dejando, todos me han atendido como ella. Con bastante criterio, responsabilidad y buen trato. [En cuanto a los defectos del personal de salud] Como todo ser humano tenemos nuestros defectos y nuestras virtudes. Yo te digo que

seguimos aumentando la cantidad de gente que hay y ellos se saturan. Al margen de los pacientes, ellos son seres humanos. Yo los entiendo, no se dan abasto.” (Santiago, 50 años, persona viviendo con VIH)

“Uno que otro me ha tocado que muy rápido atienden a los pacientes. Es por la cantidad que vienen, ¿no? Pero uno tiene que preguntar, porque si tú no les preguntas; ellos se preocupan pero no en exceso. Uno tiene que bombardearlos con preguntas: cómo se ha sentido a lo largo del tiempo que no ha venido acá.

Quizás ellos despachen porque hay mucha gente; pero ese no es problema de ellos, es problema del sistema.” (Walter, 39 años, persona viviendo con VIH)

Se percibe la saturación de pacientes como el principal problema de atención. Esto genera que sea el propio paciente quien tenga que luchar por su tiempo de consulta mediante el preguntar continuo a fin de no ser despachado para atender a otro paciente. Cabe mencionar que el VIH no es como cualquier otra enfermedad en la que se puede realizar una consulta rápida en la que sólo se vean factores clínicos de mejoría o empeoramiento del estado de salud. En las consultas de VIH se tiene que escuchar al paciente y tener en cuenta no sólo los factores clínicos sino también su condición psicológica, emocional y social; es por ello que el tiempo de consulta es una variable de suma importancia.

Esto es importante debido a que el factor emocional resulta crucial en la calidad de vida de las personas viviendo con VIH, así, las personas con depresión tienen mayor probabilidad de sufrir una enfermedad oportunista y, por lo tanto, ver mermada su salud. Así, este preguntar continuo se constituye en una estrategia que les permite acceder a un adecuado tiempo de consulta en la Estrategia.

Por otro lado, se destacan grandes diferencias entre el personal de salud que trabaja en la Estrategia y el del resto del hospital. Así, se afirma que fuera de la Estrategia no existe un buen trato, asimismo, si existe discriminación hacia las personas viviendo con VIH, esto se basa en el temor y prejuicios existentes respecto al VIH. Esta situación puede verse retratada en la siguiente cita:

“Del resto del hospital no saben pues. Tú tienes tu diagnóstico y como que te alejan. No saben y te alejan a un costado, capaz que contagias. No se acercan mucho, no saben, también. Yo he estado internado dos



veces, he estado en Pabellón 1 y he estado en Cirugía también. A veces las técnicas no saben.” (Richard, 35 años, persona viviendo con VIH)

"Como hay buenos empleados acá, también hay malos empleados que no saben atender. Me parece que si venimos al hospital, nosotros pagamos. Pagamos y ellos reciben un sueldo, deben tener la amabilidad de atenderlo. Yo he discutido dos veces porque, imagínate, estoy desde las 8 de la mañana y eran las 12 del día y no me atendían. Entonces yo reclamé. No todos tienen la misma capacidad de atender a un paciente que viene a atenderse acá. En el PROCETSS [en referencia a la Estrategia] no es así, no tenemos ningún problema. Será porque ya nos conocimos, porque ya tenemos tiempo. Hay una familiaridad con la gente que ya nos conoce. (...) Ya conozco a la enfermera, ya conozco a la técnica. En otros lados, de repente, hay nuevas y no hay eso." (Julio, 51 años, persona viviendo con VIH)

Esta situación de discriminación al interior del propio hospital genera en las personas viviendo con VIH la sensación que el trato recibido en la Estrategia es, de alguna manera, privilegiado. Sin embargo, así debería ser el trato en todo el hospital y, en general, en todos los establecimientos de salud. Por lo tanto, existe una deformación en las percepciones del servicio brindado por el hospital, se normaliza el mal trato lo que genera que un trato no teñido por la discriminación y exclusión sea visto como superior a la norma y por lo tanto, digno de agradecer. En efecto, se agradece al no ser considerado lo regular sino que es visto como un trato privilegiado. Esto favorece el que las personas viviendo con VIH se sientan beneficiarios de un favor y no usuarios de un derecho, y por lo tanto, agradezcan el mismo en lugar de reclamar por su mejoría.

En efecto, el ser beneficiario de un favor limita la posibilidad de reclamo ya que es mal visto y puede ser entendido como una crítica. Así, cuando se recibe un favor la actitud esperada en respuesta es simplemente de agradecimiento y no de reclamo por una mejora en el mismo; por otro lado, en el caso de un derecho se espera que el usuario demande que este se cumpla cabalmente. No obstante, la posición del usuario y su posibilidad de reclamo es totalmente distinta cuando se habla de un derecho. Este es el caso de la Estrategia. Al ser un derecho no sólo se puede demandar su mejora, sino que se debe hacerlo ya que es obligación del Estado cumplirlo de manera cabal.

Así, los usuarios de la Estrategia y del TARGA deben dejar de sentirse beneficiarios de un favor y pasar a ser usuarios de un derecho; esto es se deben pasar de ser usuarios de salud a ser ciudadanos en salud y de esta forma, ejercer su ciudadanía y demandar el cumplimiento total de sus derechos.

“Yo creo que las personas mismas deben hacerse valer sus derechos, hacerse respetar, exigir sus derechos. Yo no me voy a quedar una hora esperando, tengo que preguntar a qué hora me van a atender. Depende de uno también.” (Walter, 39 años, persona viviendo con VIH)

En efecto, son las propias personas viviendo con VIH que se atienden en la Estrategia las que deben reclamar por el cumplimiento cabal de su derecho a la atención en salud ya que son ellos quienes sufren las consecuencias del no acceso al mismo.

Estas personas viviendo con VIH caracterizan a los médicos pertenecientes a la Estrategia como jóvenes de rasgos “peruanos” de estrato socioeconómico alta o media alta. En este punto se resalta que a pesar de pertenecer a clases altas de la sociedad todos son humildes y no discriminan a los pacientes, esto quiere decir que existe la preconcepción que las personas de clase social alta son discriminadoras y tienen un sentimiento de superioridad.

Ahora bien, esta percepción de los médicos es errada, en efecto, su estrato socioeconómico es más alto que el de las personas que se atienden en la Estrategia, pero ello no quiere decir que sean de estrato alto. Tal como se ha visto en el capítulo II, los médicos entrevistados pertenecen a un ámbito de pobreza, lo que les dificulta el acceso a otras oportunidades laborales que eventualmente pueden derivar en un ascenso socioeconómico.

Todos los entrevistados consideran que los médicos se encuentran bien preparados para realizar el trabajo que realizan y que tienen experiencia en el campo. En cuanto a su situación laboral se considera que existe una recarga de trabajo pero que en líneas generales es buena. La mayoría piensa que los médicos “ganan bien” y que tienen ingresos adicionales provenientes de un segundo trabajo; no obstante también está presente la noción de que deberían de tener una mejor remuneración económica.

En cuanto a las enfermeras de la Estrategia, se las describe como jóvenes simpáticas y agraciadas que son atentas con las personas viviendo con VIH. Esta percepción no coincide del todo con la realidad ya que en la Estrategia hay varias enfermeras adultas e incluso adultas mayores, no obstante, puede verse influenciada por la imagen social existente de las enfermeras –en la cual se les representa como jóvenes-. El elemento “juventud” también puede denotar inexperiencia y poco conocimiento. Esta es, efectivamente, una de las quejas de parte de las personas viviendo con VIH sobre el trabajo realizado por las enfermeras de la Estrategia.

Se les considera de clase social media o media baja, y que provienen de barrios marginales y pobres. Este decir, se percibe una distancia socioeconómica existente entre las enfermeras y los médicos que laboran en la Estrategia. Ésta probablemente esté basada en el sueldo diferenciado que reciben y en el grado de educación alcanzado (los médicos poseen educación superior mientras que las enfermeras, educación técnica).

En efecto, el grado de educación de las enfermeras se considera bueno y se encuentra en ellas un ímpetu de superación, esto debido a que buscan superar su situación de pobreza mediante el estudio de una carrera técnica. Respecto a su situación económica, algunos consideran que ganan bien y otros que no reciben un buen sueldo, no obstante la mayoría de las respuestas afirman que reciben un sueldo intermedio el cual les alcanza para satisfacer sus necesidades.

Estas caracterizaciones nos permiten comprender ciertas actitudes y comportamiento de las personas viviendo con VIH hacia el personal de salud de la Estrategia, pero ¿cuáles son las actitudes del personal de salud para con las personas viviendo con VIH? ¿Qué opinión tienen sobre ellos?

#### **5.4. Percepciones del personal de salud respecto de las personas viviendo con VIH**

Como ya se ha mencionado, el personal de salud no se encuentra exento de ciertas preconcepciones respecto a las personas viviendo con VIH, estas influyen directamente en la relación comunicacional que se establece entre ambos actores. Así, el personal de salud caracteriza a las personas viviendo con VIH con algunos criterios generales que se describen y analizan a continuación.

Las personas viviendo con VIH son vistas como un grupo heterogéneo que llegan al Hospital Loayza con un estado de salud muy deteriorado, por el avance del VIH, el cual mejora paulatinamente gracias al tratamiento. En cuanto a su situación laboral se percibe que existe un temor a ser despedidos de sus trabajos por ser VIH – positivos; no obstante –debido a su grado de educación y al tiempo que requiere la atención en el hospital- la mayoría posee trabajos independientes. Todas estas percepciones están de acuerdo con la realidad observada y recogida de las propias personas viviendo con VIH entrevistadas.

“[Las personas viviendo con VIH] Son de toda clase social, es un grupo bien variado. [Su grado de educación] También, [es variado, hay] de todo un poco. [Sobre su estado de salud] algunos vienen tarde, cuando ya ha avanzado la enfermedad y vienen mal mal, pero empiezan a recibir la medicina y van mejorando, se nota un montón como mejoran, y eso también les da ánimos a los nuevos pacientes que vienen por que los ven mejorar.” (Luz, 26 años, enfermera)

La situación familiar de las personas viviendo con VIH se percibe como variable. Existen los casos en los que la familia se constituye en un apoyo fundamental mientras que en otros casos se producen rupturas o conflictos familiares. Asimismo se aprecia que existe poca confianza con la familia, lo que dificulta la comunicación del diagnóstico positivo a los familiares; esta situación se agrava aún más cuando la persona viviendo con VIH en cuestión no es heterosexual, esto debido a la dificultad de aceptar frente a la familia su orientación sexual. Esta dificultad radica en los prejuicios existentes en la sociedad respecto a las personas con una orientación sexual diferente a la heterosexual.

Ahora bien, en las percepciones del personal de salud respecto a las personas viviendo con VIH existen dos grupos: el primero de ellos compuesto por personas que antes de recibir el diagnóstico positivo vivían una vida “libertina” y sin control; y el segundo,

por personas heterosexuales que fueron contagiadas por sus parejas. Así, se entiende que todas las personas no heterosexuales llevan una vida desenfrenada tanto en el ámbito sexual como en el social. Esto constituye claramente un estigma contra diversas formas de sexualidad que no necesariamente implican una vida libertina.

Cabe recalcar que una característica identificada como común para todas las personas viviendo con VIH que se atienden en la Estrategia es el profundo desconocimiento que se tiene del VIH. En efecto, la mayoría de los entrevistados afirma haber llegado a la Estrategia sin conocer las cuestiones básicas sobre el VIH tal como formas de transmisión, formas de prevención, entre otras. Todo este conocimiento les es transmitido por medio de las consejerías, por lo que resulta de suma importancia que ellas sean llevadas a cabo por personal calificado y teniendo en cuentas las características tanto del VIH en sí como de las personas portadoras del virus.

Con respecto a las actitudes de las personas viviendo con VIH, el personal de salud los describe, en líneas generales, como respetuosos, compenetrados con la Estrategia y asequibles. No obstante también se reconoce a algunos de ellos como manipuladores, los cuales buscan utilizar su enfermedad o su estado de salud para obtener ciertos beneficios en la atención en la Estrategia.

“(…) un poco manipuladores, por ejemplo no vinieron a una fecha y vienen “ay señorita como no me van a dar” y se ponen a llorar, pero es una regla del ministerio, el TARGA es gratuito pero esta bajo supervisión del ministerio, por ejemplo que no va, son protocolos, entonces así llore no podemos ayudarlo si han pasado 8 días sin venir, si se demoran mas tienen que pasar todas las pruebas, bueno solo 3. Hay otros que atendemos que se han puesto un poco malcriados, que quieren atenderse rápido. En mi caso yo no atiendo por orden de “rogo” [ruego] sino por orden de llegada, eso que les genera un poquito de incomodidad y ellos saben que es por orden de llegada, depende de ellos.” (Verna, 27 años, psicóloga)

Estos intentos de manipulación de parte de las personas viviendo con VIH también se constituyen en una estrategia de acceso al tratamiento. Se busca acceder más fácil y rápidamente a él mediante el uso de su propia enfermedad como un elemento que genere sentimientos de compasión en el personal de salud; y en base a esa compasión, se les atiende más rápido o se ignore ciertos protocolos que demandan una mayor inversión de tiempo en el hospital.

Cabe también recalcar que una actitud reconocida en las personas viviendo con VIH por el personal de salud es la actitud de agradecimiento por la mejora en su salud y por la no existencia de discriminación en la Estrategia. Esto demuestra que las personas viviendo con VIH no sólo se consideran a sí mismos beneficiarios de un favor, y no usuarios de un derecho tal cómo debería ser, sino que el propio personal de salud tiene ese concepto de ellos. El que el personal de salud posea esta concepción lleva a pensar que el propio personal de salud se considera un emisor de un favor y no de un derecho.

“(…) siempre va a haber una o dos personas que van a propiciar muchos problemas, que los tenemos identificados incluso, gente que no van a congraciarse nunca con la gente de aquí e incluso tienen cierto rechazo [hacia los PVVIH]. [No las hemos sacado de la estrategia] Porque no tenemos forma de sacarlas todavía, porque no hay ninguna queja formal por más de que insistimos de más de los pacientes. Tú no puedes hacer cambio en un personal de salud solo por chismes, tiene que haber escrito una sustentación pero aún no podemos conseguir porque las personas no se atreven porque creen que va a haber una represalia en su tratamiento su manejo. Las personas como te digo aquí son bien pobres, entonces piensan que si pierden en algún tipo de confianza nadie le va a ayudar en nada. Y por eso no se atreven a presentar nada” (Eduardo, 40 años, médico)

Lo narrado en esta cita es una consecuencia de que las personas viviendo con VIH no se consideren usuarios de un derecho ya que, como se ha mencionado, dicha actitud limita fuertemente su derecho a reclamo lo que impide mejoras en la atención brindada por la Estrategia. Asimismo, cabe recalcar la equiparación que se realiza en la cita entre pobreza y el no sentirse sujetos de derechos. Así, al considerarse beneficiarios de un favor –y no de un derecho–, y no tener las posibilidades económicas de acceder a dicho servicio mediante el pago del mismo, tienen temor a perderlo por reclamar una mejora en el mismo. No obstante, debe recordarse que:

“(…) las personas (...) son titulares de derechos que obligan al Estado; esto determina que la realización de las políticas públicas tengan como punto de partida a las personas como sujetos con derecho a reclamar del Estado ciertas obligaciones y actuaciones, sea por vía judicial y otra con idéntica independencia.” (Reyes 2008: 16)

Así, el reclamo a una mejora en la calidad de la atención debería de realizarse como un ejercicio de ciudadanía y no tener temor de realizar el mismo.

El personal de salud considera que el diagnóstico positivo de VIH ha generado un cambio en el estilo de vida de las personas viviendo con VIH, haciendo que se fijen objetivos a corto plazo. Respecto a su situación familiar la mayoría considera que las personas viviendo con VIH suelen aislarse y no comunicar el diagnóstico a sus familiares; la misma actitud suele repetirse en el ámbito laboral, en el cual se busca ocultar el diagnóstico. Esto ocurre así por el temor existente a ser discriminado y rechazado debido a las preconcepciones que se tienen en la sociedad sobre las personas portadoras de este virus. Asimismo, los casos existentes de despido por ser VIH – positivo refuerzan este temor.

Por otro lado el mal estado de su salud y el tiempo que se requiere invertir en el hospital –para acceder a las citas, exámenes, entrega de medicamentos del TARGA- les impide tener trabajos con horario completo; razón por la que la mayoría posee trabajos independientes. Esto último condiciona la situación económica de las personas viviendo con VIH; la cual, sumada a los gastos ocasionados por el tratamiento, se ve profundamente afectada. Esto genera que en muchos casos se pase a ser dependiente económicamente de la familia

Ahora bien, existen ciertas percepciones negativas sobre las personas viviendo con VIH que pueden apreciarse en las respuestas brindadas por el personal de salud. Así, se considera que los grupos que más se resisten a cambiar su forma de vida son los jóvenes de 19 – 20 años y los HSH [hombres que tienen sexo con hombres]. Estos grupos son vistos como irresponsables que aún no generan un cambio consciente en su forma de vida.

“(…) los HSH son más... como que no ordenan su vida. Claro, lo que es las amas de casa, público general son más responsables pero los HSH son más difíciles, ellos siguen con su vida, con sus cosas. O sea digamos que de los HSH (...) nosotros conversamos con ellos y... siguen con sus andadas.” (María Elena, 47 años, enfermera)

“(…) algunos son responsables, otros siguen igual, especialmente los chiquillos de 19-20 son terribilísimos. Ellos te dicen “pero así nomás no podemos cambiar nuestra vida, tiene que ser poco a poco” y ese poco a poco nunca llega.” (Rosa, 52 años, trabajadora social)

Ambos comentarios demuestran cierta estigmatización ya sea por preferencias sexuales o por grupo etario. Se hace una generalización de comportamientos negativos sin ver otras causas más allá de su edad u orientación sexual.

Así, las percepciones del personal de salud respecto de las personas viviendo con VIH denotan la existencia de prejuicios y estigmas en su accionar. Esto implica que las relaciones comunicacionales que se establecen entre ambos actores se ven fuertemente influenciadas por los mismos.

De este modo, en la Estrategia, la persona viviendo con VIH se encuentra en un circuito en donde el otro (el personal de salud) se constituye en la puerta de entrada que le permite su supervivencia mediante el acceso al TARGA. Por ello, es necesario lograr la entrada a ese circuito a fin de asegurar la propia vida. Así, las estrategias comunicacionales pasan a ser la llave que permite abrir dicha puerta de acceso y así, se convierten en elementos vitales para las personas viviendo con VIH.

Estas estrategias comunicacionales se dan en base a las percepciones de ambos actores involucrados. ¿Cómo es la atención en la Estrategia? ¿Cuáles son sus características?, ¿se cumplen las normas técnicas establecidas por el Ministerio de Salud?



## **6. Los criterios de atención en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH y SIDA del Hospital Loayza**

### **6.1. Puntos de encuentro y desencuentro con los criterios de calidad de servicio**

El personal de salud, durante la atención en la Estrategia, no pone en práctica todas las normas y procedimientos establecidos por el Ministerio de Salud y recomendados por organismos internacionales. Esto ocasiona que los criterios de calidad de servicio establecidos se vean alterados y que la real atención en la Estrategia no sea, de ningún modo, tal como está planteada en los documentos que la norman.

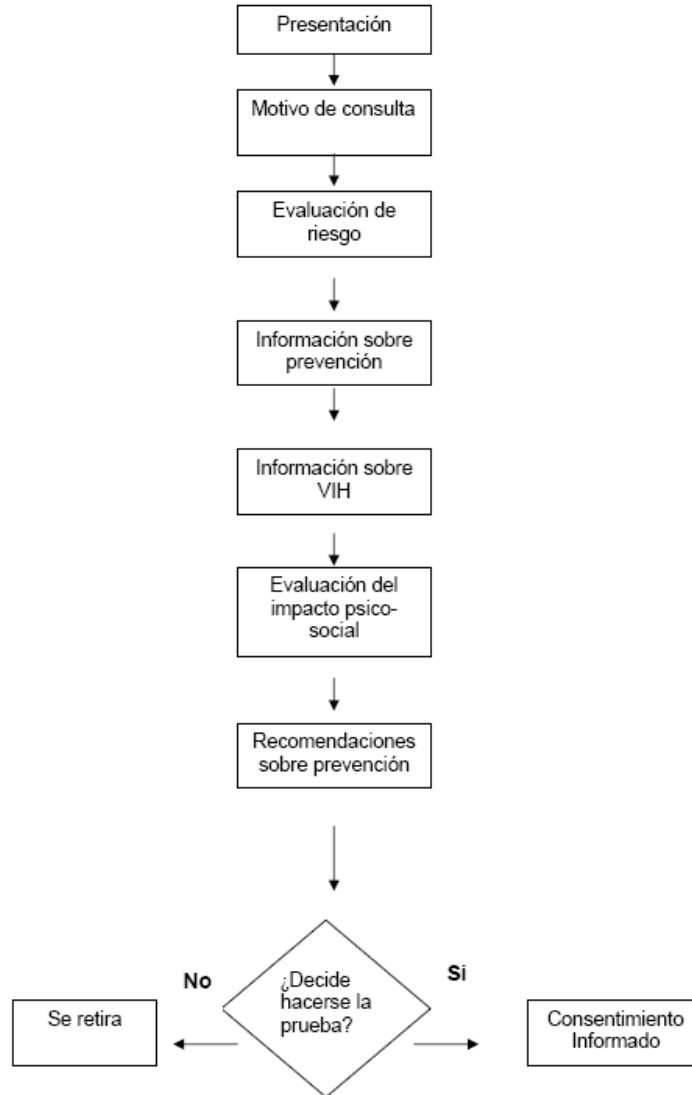
A continuación analizaré diversos fluxogramas de atención y consejería establecidos por el MINSA a fin de compararlos con la realidad observada en la Estrategia.

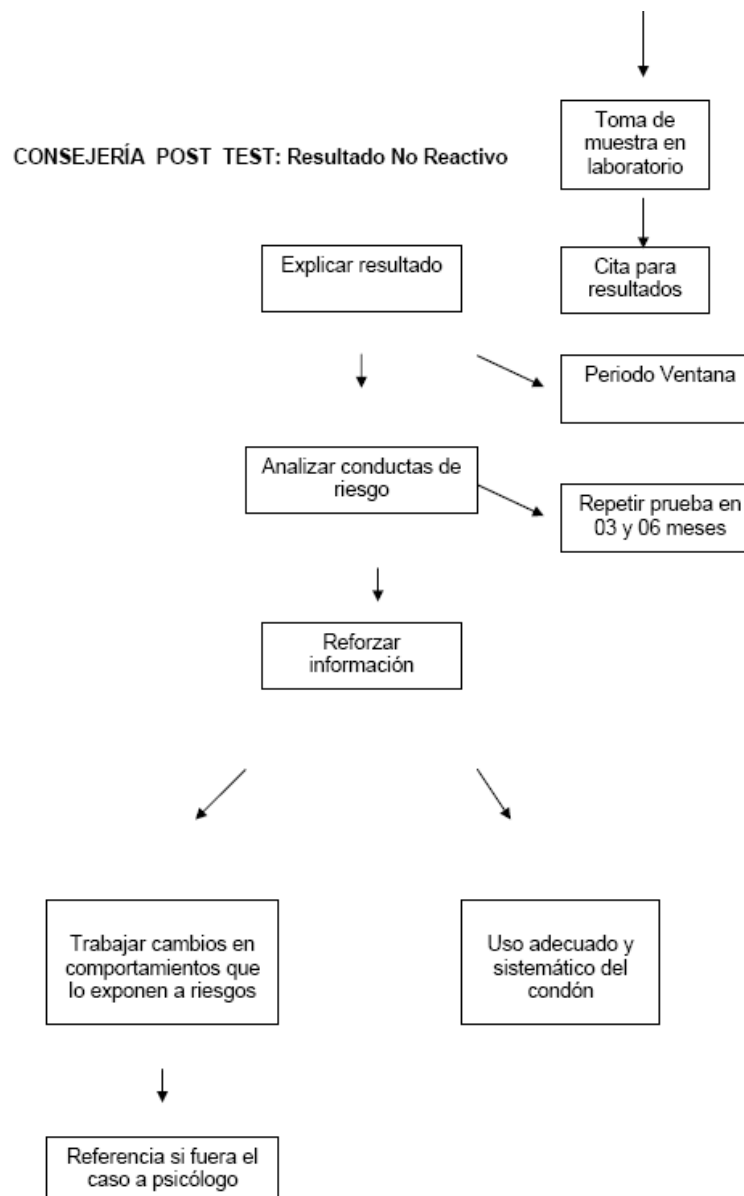
### **Cuadro 5: Fluxogramas de Consejería**

ANEXO 7

FLUJOGRAMAS DE CONSEJERÍA

CONSEJERÍA PRE TEST





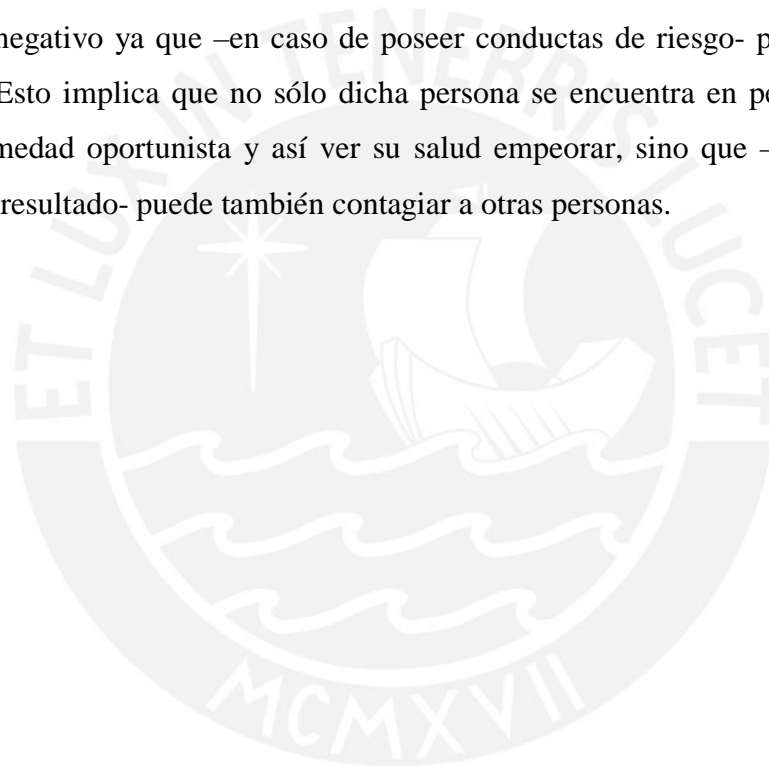
Fuente: MINSA – DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS 2006:

168 – 169

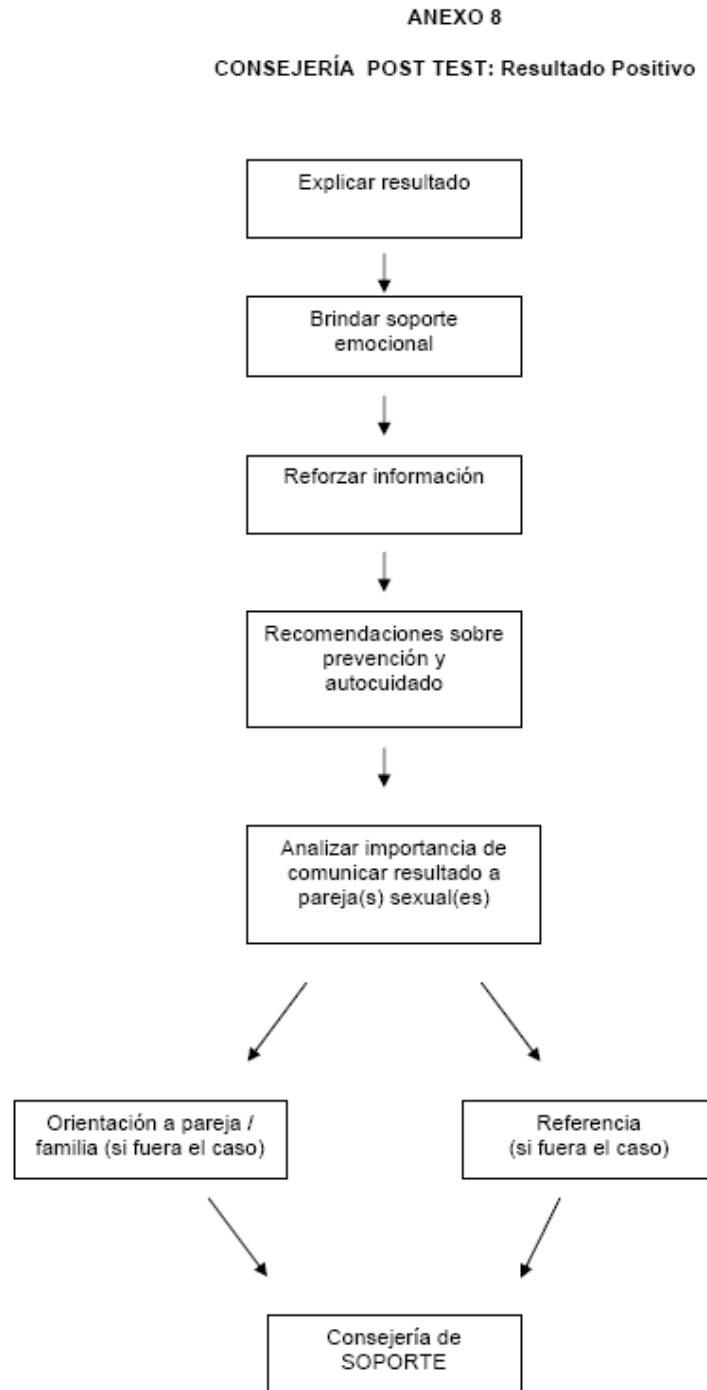
Este fluxograma muestra un desglosamiento de los pasos a seguir tanto en la consejería pre test como en la post test en caso este haya resultado negativo. Ambos procedimientos, –como ya se ha mencionado- no se dan en todos los casos; así algunos personas viviendo con VIH mencionan que no recibieron consejería pre test y todos los entrevistados mencionan que en los casos en los que la prueba de Elisa resultó negativa el resultado se brindó directamente en el laboratorio, es decir, no recibieron consejería psicológica post - test.

Ahora bien, en el caso del resultado negativo el flujograma indica explicar lo referente al periodo ventana y explicar lo referente a las conductas de riesgo de modo tal que si la persona ha tenido alguna conducta de riesgo en los últimos seis meses debe de repetir la prueba de Elisa en el periodo de tres y seis meses. Esto debido a que el periodo ventana es aquel periodo en el que el virus se encuentra al interior del cuerpo de la persona pero no puede ser detectado por la prueba debido a que el cuerpo aún no produce anticuerpos en su contra.

Esta es una de las razones por la cual es importante la consejería post- test en caso de resultado negativo ya que –en caso de poseer conductas de riesgo- puede ser un falso negativo. Esto implica que no sólo dicha persona se encuentra en peligro de contraer una enfermedad oportunista y así ver su salud empeorar, sino que –al no conocer su verdadero resultado- puede también contagiar a otras personas.



**Cuadro 6: Consejería post test: Resultado Positivo**



Fuente: MINSA – DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS 2006:

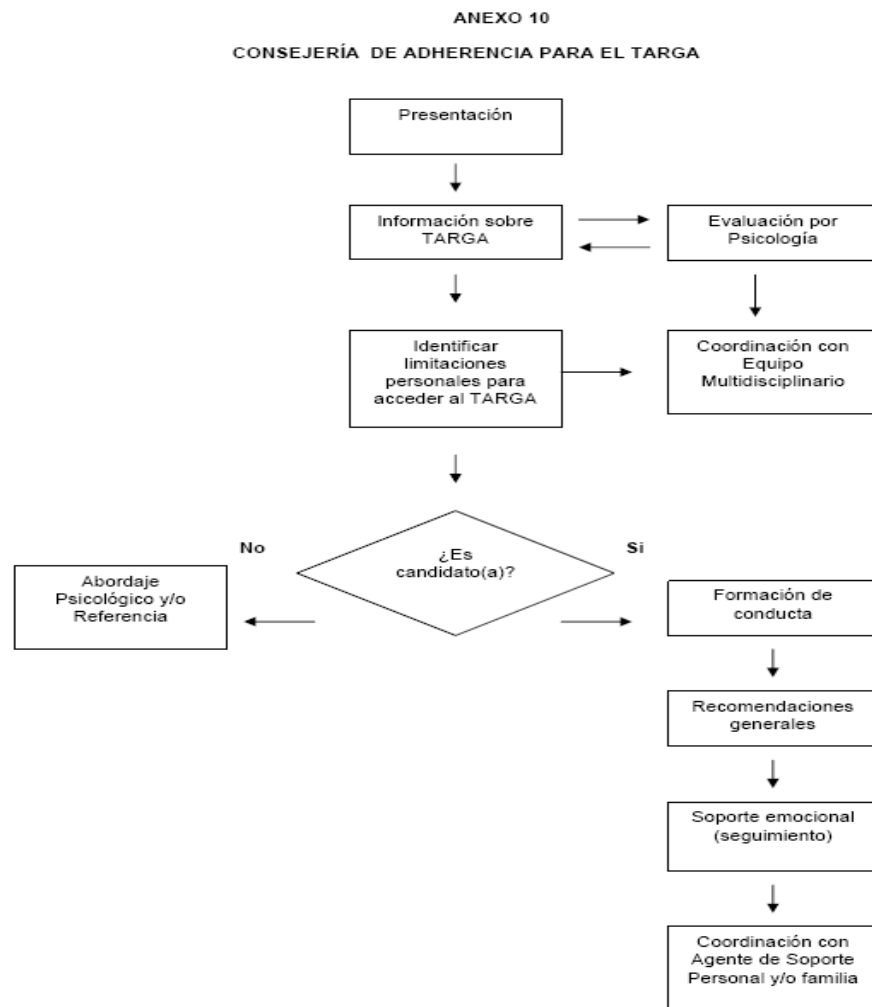
Con respecto a la consejería post – test, todos los personas viviendo con VIH entrevistados afirmaron haber recibido una a cargo de la psicóloga. Ella afirma que en dicha consejería se tocan tanto temas personales como de conductas de riesgo.

“Es una consejería específica, confidencial y personal y se hace todo un protocolo, con una ficha de consejería que se llena, posteriormente al llenado se le brinda la información. Tiene en cuenta con qué tipo de persona estamos trabajando, por eso que se hace el llenado un poco para conocer a la persona y ver cómo le vamos a ayudar, porque hay pacientes que pueden estar mal del corazón, muy ansiosas, o desesperadas porque ya el hecho de traerlos acá ya es un indicio de que algo está pasando, y como yo soy la encargada de dar el positivo, entonces genera un poco de ansiedad esa situación, ver eso y de acuerdo a eso brindar toda la información.” (Verna, 27 años, psicóloga)

Ahora bien, en cuanto al tema de la orientación a la pareja o familia este suele constituir un problema debido a que un alto número de personas viviendo con VIH que se niega -o se demora- a llevar a su agente de soporte a la Estrategia. Esto debido al temor a ser rechazados por su familia y/o pareja, a no saber cómo comunicar el resultado o por el deseo de mantener en reserva su identidad sexual. Esto genera que se acepte a no familiares como agentes de soporte; asimismo demora el inicio de la consejería al agente de soporte.

El agente de soporte es de suma importancia para el TARGA debido a que es dicha persona la encargada de supervisar –in situ- que la persona viviendo con VIH cumpla con los medicamentos y las recomendaciones del personal de salud.

Cuadro 7: Consejería de adherencia para el TARGA



Fuente: MINSA – DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS 2006:

172

Finalmente, en este último fluxograma se explican los pasos a seguir en la consejería en TARGA; en él se indica “identificar limitaciones personales para acceder al TARGA”. Dichas limitaciones personales se refieren a:

- poseer un agente de soporte,
- no presentar alteraciones neuro-psiquiátricas,
- no presentar uso y/o abuso de drogas, cigarrillos o alcohol.

En caso la persona viviendo con VIH presente alguno de los anteriores, queda a criterio del personal de salud el que acceda a TARGA o sea derivado al servicio de psiquiatría.

Así, las personas viviendo con VIH en TARGA reciben un seguimiento tanto en el aspecto clínico como en el aspecto psicológico –por medio de consejerías-. Este último se da también para el agente de soporte, ya sea de manera privada o compartida con la personas viviendo con VIH.

Ahora bien, un tema que recorre toda la atención en la Estrategia es el de la intimidad del paciente, en este caso en particular, de la persona viviendo con VIH. La comunicación en un espacio de atención médica tiene características particulares que responden a su vez a la particularidad de esta situación; así,

“La enfermedad constituye un estado en que el individuo resulta más vulnerable (factores contribuyentes: incertidumbre ante el diagnóstico, financiamiento de la hospitalización, ansiedad al ver que los exámenes son más complejos de lo esperado, distanciamiento de la familia, entre otros.)”  
(Orellana 2008: 10)

Este estado de vulnerabilidad facilita una actitud paternalista de parte del personal de salud. No obstante, una relación médico – paciente adecuada debe buscar que el poder no se encuentre mayoritariamente en ninguna de las partes involucradas sino que este sea compartido por ambas, para ello:

“(…) el médico y el paciente entran en un diálogo que les permite explorar los supuestos, los valores en juego y sus perspectivas respectivas. Aceptar el poder del médico de sugerir y recomendar fomenta el poder del paciente de decidir.” (Salles 2008: 150)

Para poder llegar a este diálogo, son necesarias ciertas condiciones; una de las más importantes es la intimidad. Ella es necesaria para generar confianza en el paciente y que, de este modo, pueda expresarse en la expresión de sus concepciones y acciones y así, favorecer una relación de confianza con el personal de salud. Así, es necesario que el



paciente sienta que lo que está comunicando al personal de salud es comunicado sólo a quien se le está hablando en el momento, sin el temor de ser escuchados por alguien más o de que el receptor de la información la transmita a otras personas.

Esta es una condición que debido a la infraestructura y las condiciones físicas de la Estrategia, no puede ser cumplida. Por otro lado, la gran cantidad de pacientes impide brindar a cada uno de ellos un tiempo adecuado de atención, lo cual también se constituye en un elemento que impide la construcción de una relación de confianza. Asimismo, esto genera una despersonalización de los personas viviendo con VIH ya que, al ser un número de atenciones muy alto al día, ellos pasan a ser simples “casos” y dejan de ser vistos en su dimensión de “personas”.

Así, el hospital Loayza se convierte en un espacio en el que se despersonaliza la atención y también al sujeto de la misma. Esto impide una adecuada comunicación entre personal de salud y personas viviendo con VIH y así, genera esquemas comunicacionales en los que la repartición de poder se da de manera inequitativa. Todo esto ocasiona conflictos los cuales buscan ser resueltos mediante la aplicación de diversas estrategias comunicacionales.

## **6.2. Descripción de la atención desde la perspectiva del personal de salud**

La atención en la Estrategia se da de parte del personal de salud hacia las personas viviendo con VIH. Esto genera que existan dos percepciones de la misma, una de cada grupo de actores involucrados; de este modo, el real modo de atención pasa por filtros personales que generan diversas percepciones acerca de la misma. Por ello se analizará ambas percepciones a fin de comprender las diferentes posturas existentes.

La atención en el hospital Loayza puede dividirse en dos sectores, uno al interior de la Estrategia y otro en las demás áreas del hospital. En el primer caso, el personal de salud describe el uso y seguimiento del fluxograma de atención -presentado en el capítulo II-, en ese sentido, se afirma que la encargada de brindar el resultado de VIH positivo es la psicóloga del equipo interdisciplinario. Se menciona también que se realizan dos pruebas de Elisa para confirmar el resultado:

“(…) a veces ha habido falsos positivos, porque no coincide con las conductas de riesgos, por eso se vuelve a hacer otro examen.”  
(Verna, 27 años, psicóloga)

Asimismo si el resultado de la prueba de Elisa resulta negativo, este es entregado en el laboratorio; es decir no se cumple con lo mencionado en las normas técnicas de atención que recomiendan consejería post test cualquiera sea el resultado del mismo.

“Bueno, luego de realizarse la prueba de Elisa le entregan los resultados en el laboratorio, pero si sale positivo entonces lo mandan a consulta y quien le entrega los resultados es la psicóloga” (Luz, 26 años, enfermera)

Se observó otro incumplimiento de las normas técnicas de atención, esta vez en el caso de una persona solicitando realizarse una prueba de Elisa. Se le extendió la autorización y se le pidió ir a pagar a caja para luego realizarle la prueba y en dos días entregarle los resultados; en ningún momento se le mencionó la realización de una consejería previa.

Ambas situaciones de supresión de las consejerías son de suma importancia ya que va en contra de lo establecido por el MINSA. En ambos casos, es importante la consejería debido a la preparación psicológica que ella brinda y también debido a que en ella se debe explicar el tema del periodo ventana, el cual resulta vital ya que, si la persona se encuentra en este periodo, puede generar nuevas infecciones –y la reinfección de la propia persona viviendo con VIH- por desconocimiento de su estado de salud.

Como se ha mencionado, la relación personal de salud – personas viviendo con VIH es un aspecto fundamental para la atención de esta enfermedad. Al consultar sobre este punto al personal de salud de la Estrategia, se resalta el hecho de que la relación que se tiene con las personas viviendo con VIH es a largo plazo. En efecto, el VIH no es como cualquier enfermedad cuyo proceso de curación es rápido y por lo tanto al terminar dicho proceso se termina la relación. Al no tener cura, el VIH genera que la relación no sea sólo temporal sino permanente y sostenida, produciéndose encuentros entre el personal de salud y las personas viviendo con VIH máximo cada 3 meses –espacio de tiempo máximo establecido para la entrega de medicinas del TARGA-.

“Yo diría que es buena, uno llega a conocer pacientes (…) de por vida, uno llega a conocer no solo los casos sino la parte personal, lo problemático de cada persona y en realidad establece una

conexión y uno lo ve y cita al paciente el no quiere pasar con otro médico que no sea el médico que ha sacado cita porque conoce su caso, conoce la parte personal, los problemas que tiene y al ser una enfermedad crónica con el tiempo uno lo va viendo reiteradas veces.” (Jorge, 33 años, médico)

Tal como se aprecia en la cita, la continuidad de los encuentros con las personas viviendo con VIH y las características propias del VIH ya explicadas, ocasiona que la relación vaya más allá de lo estrictamente clínico y pase también a cuestiones personales propias de cada persona viviendo con VIH. Esta es una de las razones por las que muchas veces las personas viviendo con VIH se niegan a ser atendidos por otro doctor que no sea el que los atiende siempre. En efecto esto refleja una monopolización del personal de salud el cual es visto como un bien personal compartido –debido a que también atiende a otras personas-. También se mencionan ciertas características de la relación existente con los personas viviendo con VIH tales como confianza, simpatía y cordialidad.

Ahora bien, si bien lo estipulado es sacar cita dos o tres días antes de la atención, algunas personas viviendo con VIH llegan a la Estrategia sin previa cita y son atendidos debido a la gravedad de su estado. Esto lo relata tanto el personal de salud como las personas viviendo con VIH quienes se muestran de acuerdo con este procedimiento en casos especiales.

Por otro lado se han podido apreciar actitudes distantes, frías, cortantes con las personas viviendo con VIH provenientes de una enfermera rotativa. Al conversar con ella fue notorio que no gustaba de su profesión sino que fue una elección por necesidad económica e imposición de su madre. Así, al dirigirse a las personas viviendo con VIH les hablaba con frases cortantes, impidiendo que se expliquen en sus explicaciones e indicándoles que simplemente deben esperar a que los llamen.

En el caso del resto de áreas del hospital, la atención a las personas viviendo con VIH se encuentra teñida de discriminación lo que ocasiona incomodidad no sólo en las personas viviendo con VIH sino también en el personal de salud de la Estrategia.

“Inclusive para que me atiendan (...) la primera vez, se pusieron como astronauta. Hasta yo me asusté. Al final me sentía como si estuviera siendo un experimento para ellos. Está bien que tengan el

cuidado debido, pero no exagerar demasiado. Se pusieron como astronautas todos, tapados. Uno como persona, se siente qué no.” (Santiago, 50 años, persona viviendo con VIH)

“A la discriminación de mis pacientes básicamente, es uno de los temas fundamentales. (...) Por otras personas externas al servicio de Infectología, porque hemos podido reunir gente que tiene buena compenetración, buena aceptación con los pacientes porque fuera de aquí es muy difícil que tengan esas cualidades. (...) Muchos casos, hemos tenido pacientes que han tenido que esperar un año para una operación, no necesariamente por la enfermedad, sino que necesitaban ser operados pero no los han operado solo por tener diagnóstico de VIH. (...) Lo máximo que podemos hacer es hablar con esas personas o los médicos que están implicados e instarlos a que los programen pero muchas veces mis pacientes tienen que llegar a defensoría del pueblo para obligarlos a que los atiendan.” (Eduardo, 40 años, médico)

Así, se muestra que el principal problema de atención existe fuera de la Estrategia; no obstante, afecta directamente a las personas viviendo con VIH que ahí se atienden. Esto genera conflictos de parte tanto de las personas viviendo con VIH como del personal de salud de la Estrategia contra el personal de salud de otros servicios del hospital.

En conclusión, la atención hacia las personas viviendo con VIH es diferenciada de acuerdo al servicio del Hospital Loayza en el que se encuentren. Esto llega al punto, en ciertos casos, en el que el personal de salud de la Estrategia debe intervenir en nombre de sus pacientes a fin de que sean atendidos adecuadamente.

De este modo, se denota una mayor importancia brindada al personal de salud que labora en el hospital por sobre las personas viviendo con VIH que ahí se atienden. Esto debido a que cuando estás últimas reclaman atención muchas veces no son tomadas en cuenta, no obstante, cuando es el personal de salud quien intercede por ellas la situación varía dramáticamente y son atendidas de manera rápida y eficaz.

### 6.3. Descripción de la atención desde la perspectiva de las personas viviendo con VIH

Tal como en el subcapítulo precedente dividiré la atención en dos ámbitos, en la Estrategia y en otros servicios del hospital Loayza. Así, en el primer caso las personas viviendo con VIH describen la atención en líneas generales como bastante buena pero con ciertas limitaciones tales como la falta de espacio, la demora en la atención, la poca paciencia de las enfermeras y el poco conocimiento de los residentes. En la cita se puede apreciar la explicación que se brinda a algunos de los problemas mencionados:

“Muy bueno, para qué. Sino que han aumentado bastantes. Éramos como 800 y ahora han aumentado, dice, a 1500. Y no hay capacidad. Cuando estás mal te meten a un cuartito para que no te contagies. Estamos pidiendo un pabellón. [Hay un pabellón libre] en el 2 piso. Estamos pidiendo para nosotros, para nuestra enfermedad. Tenemos los doctores especialistas en eso. Porque no tiene el PROCETSS [la gran mayoría de personas viviendo con VIH se sigue refiriendo a la ESNPC ITS/VIH Y SIDA por su antigua denominación, PROCETSS]. [El pabellón está siendo solicitado a la directora del HNAL] con la firma de todos nosotros. Desde el año pasado estamos viendo eso. No tenemos pabellón. Solo este pedacito... Sí. Y no tenemos sala.” (Richard, 35 años, persona viviendo con VIH)

En cuanto al modo de comunicación del resultado VIH positivo, se relata que en todos los casos fue comunicado por el psicólogo designado, tal como lo sugiere el MINSA en su protocolo de consejería. Ahora bien, tal como se ha visto, algunas personas viviendo con VIH mencionan que no recibieron consejería previa a la realización de la prueba de Elisa, siendo esto una contradicción directa a lo indicado por el MINSA.

“Bueno, fui al laboratorio y en el laboratorio te dan un sobre donde te vienen los resultados. De ahí te derivan al programa del PROCETSS [en referencia al Servicio] y luego te pasan con el psicólogo porque como no has tenido una previa consejería, de repente el carácter del resultado te puede dar un shock o te puedes afectar demasiado psicológicamente y puedes suicidarte, ha habido casos así...” (Lázaro, 30 años, persona viviendo con VIH)

Una vez recibido el diagnóstico positivo el proceso a seguir –descrito por las personas viviendo con VIH- es pasar por una evaluación en todas las áreas de la Estrategia.

Asimismo, se les recalca la importancia de mantener una dieta adecuada, usar condón y sobretodo, aceptar el diagnóstico positivo.

“Venir acá, al protocolo. Venir acá, pasar por asistencia social, el psicólogo, la enfermera y el médico. Son como 5 sellos que tenía que tener mi tarjeta. Eso lo hice en 2 días y a la semana estuve tomando mis medicinas. Rápido, bien rápido.” (Julio, 51 años, persona viviendo con VIH)

En cuanto a los criterios de ingreso al TARGA, estos han variado a lo largo de los años hasta llegar a los actuales que establecen como criterios virológicos un CD4<sup>1</sup> menor a 200cel/mm<sup>3</sup> y una carga viral mayor de 55 000 copias/ml (Facultad de Medicina – UNMSM). No obstante, dichos criterios pueden ser pasados por alto por el personal de salud en caso la persona viviendo con VIH desee acceder al TARGA sin haber llegado – aún- a los niveles virológicos ya mencionados.

“Hace años atrás para ingresar el programa de TARGA era de 250 para abajo y yo presentaba 289. No presentaba, y hasta la fecha, ninguna enfermedad oportunista. Me pidieron, bajo mi autorización, que yo firme una carta de consentimiento para autorizarlos para que me den el medicamento... porque yo lo pedí, quería ser responsable para frenar ese mal.” (Santiago, 50 años, persona viviendo con VIH)

En líneas generales, todos los criterios de ingreso y mantenimiento en el TARGA –y no sólo los virológicos ya mencionados- quedan a discreción del personal de salud a cargo. Esto se irá desarrollando a lo largo de la presente investigación.

Ahora bien, el proceso para sacar cita para ser atendido en la Estrategia se describe en los siguientes pasos:

- Si es la primera atención pagar S/. 3 para obtener una historia clínica nueva
- Pagar S/. 8 por el derecho a cita de atención.
- Sacar fecha y hora de cita 2 o 3 días antes.
- Llegar temprano (por lo menos media hora antes de la hora señalada) a la cita de atención. Esto debido a que la atención es por orden de llegada.

---

<sup>1</sup> “(...)el recuento de CD4 es el conteo de las cepas de glóbulos blancos que contienen marcador de superficie CD4 y que constituyen el principal blanco del VIH” (Corcuera, Hidalgo y Quintana 2006: 30)

Algunas personas viviendo con VIH no se encuentran de acuerdo con el pago de los S/. 8 para el acceso a la cita, ella resulta una cantidad significativa de dinero que no les es fácil conseguir debido a su situación económica precaria. Asimismo, algunos consideran que es un pago injusto debido a que no tienen ninguna enfermedad oportunista, sino que simplemente deben asistir a la cita a fin de que les den la medicina que forma parte del TARGA.

“Hay una observación: yo para pasar una cita pago 8 soles, 8 soles tengo que pagar para que me den pastillas, eso debería ser gratuito porque no tengo otra enfermedad que me revisen entonces solo por las pastillas debo pagar 8 soles” (Víctor, 32 años, persona viviendo con VIH)

Como ya se ha mencionado, en el caso del VIH es muy importante la confianza que se pueda tener con el personal de salud ya que así se puede profundizar en temas tales como conductas de riesgo, actitudes, situación familiar, entre otros. Para brindar dicha confianza el personal de salud debe poseer una actitud de escucha e interés frente a lo relatado y preguntado por las personas viviendo con VIH. Estos últimos afirman que se sienten libres de tocar cualquier tema y preguntar cualquier cosa al personal de salud y que este suele responderle brindándoles recomendaciones; afirman también que en algunos casos sienten un poco de vergüenza por tocar temas que son sumamente personales.

“Siempre tienen esa buena fe y, gracias a Dios por los Infectólogos por esa confianza que me han dado. Me han dado esa buena fe, esa confianza de un trato directo de paciente-médico. Y es raro encontrar médicos con la confianza que nos brindan. Tanto en el sexo, el consejo si uno tiene una duda. A veces, carambas, mira que el doctor Matos cuando yo he tenido una emergencia en la madrugada, en la noche, para tomar un antibiótico si tengo una duda lo llamo a su celular a cualquier hora. Eso para mí me enaltece, porque me da una confianza porque me dice a cualquier hora.” (Jorge, 63 años, persona viviendo con VIH)

“A veces hay un poquito de vergüenza. Por ejemplo con respecto a los preservativos, a veces hay un poco de vergüenza con las enfermeras. El otro día, por ejemplo, pedí y no entendían, se demoraron como 2 horas... preferí irme y comprar. Pero a veces no hay dinero y no te queda otra. Yo tranquilamente podría salir e infectar a todo el mundo, pero tampoco voy a ser irresponsable.”. (Julio, 51 años, persona viviendo con VIH)

Esta última cita nos narra un maltrato de parte de las enfermeras, en el cual ellas ignoran el pedido del personas viviendo con VIH (considero que la demora de dos horas es muy larga para considerarla un simple retraso). En este ámbito, todas las personas viviendo con VIH entrevistados afirman haber escuchado acerca de maltratos más no haberlos vivido en carne propia.

De este modo, relatan que antes existía discriminación en la Estrategia, que el coordinador de la misma los discriminaba; sin embargo hubo un cambio de coordinador y eso terminó. Otras quejas se refieren a la mala forma de responder de parte del personal de salud y al hecho de hacer esperar a las personas con tuberculosis en vez de atenderlas rápidamente.

“O de repente si el paciente no tiene los medios económicos para cubrir esa necesidad, les preguntan y el doctor les contesta que “ellos no son para mantener los pacientes”, que tienen que buscársela. Habiendo un sistema de asistenta [social]. Hay conocidos que son así. Si hay doctores que te responden mal.”  
(Walter, 39 años, persona viviendo con VIH)

Un hecho que resalta es que varias personas viviendo con VIH relatan maltratos o mala atención sin embargo inmediatamente le buscan una justificación de modo tal que la culpa termina recayendo en la propia persona viviendo con VIH. Así, narran que en farmacia se piden los medicamentos indicados por el personal de salud y los entregan incompletos, sin embargo también afirman que hay un cartel que pide revisar los medicamentos entregados; de este modo, la culpa de tener los medicamentos incompletos es de la personas viviendo con VIH que no revisó los medicamentos.

Asimismo narran que la mayoría de personas viviendo con VIH se quejan del tiempo de espera de la atención ante lo cual se dice que deben llegar más temprano ya que la atención es por orden de llegada. Así, la culpa de ser atendido tarde es de la persona viviendo con VIH que no llegó temprano, y no del personal de salud ni de la sobrepoblación de pacientes existente en el hospital.

Igualmente, se afirma que los doctores regañan a aquellas personas viviendo con VIH que no son adherentes y que ellos se quejan de esto. Finalmente se afirma que:



“Uno también tiene que comprender que las personas [el personal de salud] también tienen otros trabajos y vienen cargados.”  
(Lázaro, 30 años, persona viviendo con VIH)

Esta frase justifica cualquier maltrato o mala actitud de parte del personal de salud hacia las personas viviendo con VIH debido a que los primeros poseen otras ocupaciones. Esto grafica la posición en la cual se ponen las personas viviendo con VIH frente a la Estrategia y al TARGA, no como usuarios de un derecho sino como beneficiarios de un favor.

Por otro lado, lo que más gusta a las personas viviendo con VIH de acudir a sus citas de atención es ver la mejora en su salud y también compartir con el personal de salud y con otras personas viviendo con VIH. Asimismo, se resalta la calidez del trato y el conocimiento de la historia clínica y personal por parte de los doctores. En cuanto a lo negativo en las citas de atención lo más resaltante es la mala infraestructura, lo que puede ocasionar contagio de enfermedades, y el desinterés de algunas enfermeras y doctores.

“Lo que menos me gusta es que hay veces que hay pacientes que a veces están enfermos, por ejemplo, con la TBC. Cuando hay mucha gente. Al principio, a mí me da la tb [tuberculosis] porque vine con las defensas bajas y hay muchos enfermos en el ambiente. Entonces me contagiaron. A veces no me gusta porque hay muchos enfermitos. Debería haber una infraestructura para separar a los que están mal. Porque uno viene sano, y te puedes enfermar de cualquier cosa. Más sucede en invierno.” (Walter, 39 años, persona viviendo con VIH)

“Lo peor es que cuando llegan las chicas nuevas, las practicantes, que no tienen conocimiento. (...) hay algunas que no saben ni siquiera que es TARGA. Están perdidas como la mamá de Marco. Ese es el problema. Después, las enfermeras que están acá perennes, no hay ningún problema. Al contrario: nos aconsejan, bromeamos, nos reímos, en Navidad nos felicitamos. Un gesto simple es muy significativo a veces: un saludo, un abrazo, una palabra. [Lo mejor de la atención lo constituyen] Los doctores que lo atienden bien, los medicamentos, que nos explican cómo debemos llevar nuestra salud, los talleres que dan. Cada año nos dan los talleres, van los técnicos, las enfermeras, el personal de salud del PROCETSS.” (Julio, 51 años, persona viviendo con VIH)

Así, en líneas generales los elementos que las personas viviendo con VIH consideran que faltan en la Estrategia son una mejor infraestructura –que incluye mejor ventilación para evitar transmisión de enfermedades y consultorios privados para cada doctor- y más doctores, lo que mejoraría la velocidad de la atención.

“Yo veo que en el servicio técnico les falta más ventilación. Yo veo que está todo cerrado a pesar que hay un alto índice de TBC en Lima y Callao. A pesar de eso, los profesionales nos cuidan y nos dicen que no estemos mucho tiempo acá. Como profesionales ellos saben que nosotros estamos con bajas defensas y nos dicen que no estemos mucho tiempo en el hospital. Eso a mí me agrada mucho porque se preocupan por nuestra salud.” (Santiago, 50 años, persona viviendo con VIH)

“(…) veo que hay una sala que utilizan todos los médicos, separados solamente por una cortina. Me parece que lo más práctico sería un consultorio para cada uno. Y hay pacientes que también quieren decirle cosas personales. Me parece que eso me gustaría, quizás más adelante. Siquiera un consultorio para cada médico.” (Jorge, 63 años, persona viviendo con VIH)

“Que harían un pabellón nuevo para nosotros. Eso es un sueño inalcanzable. (...) Porque pienso que el hospital no tiene presupuesto para hacerlo. Hay que ser realistas. Pero pienso que, en todas sus limitaciones que tiene el PROCETSS [en referencia a la ESNPC ITS/VIH Y SIDA del HNAL] nos dan todo lo mejor que tienen. También hay que saber reconocer el trabajo de los doctores, seríamos mezquinos que por una doctora que te explico mal, echarles la culpa a todos. Hay que ser justos. Hay que agradecer que ahora nos dan la medicina, anteriormente había que comprarla. Hay gente que se ha muerto por no tener la medicina, ahora nos la dan. Lo único que tenemos que hacer es ser más responsables para que no caigamos, para mantenernos.” (Julio, 51 años, persona viviendo con VIH)

Quisiera resaltar el hecho que en la última cita la persona viviendo con VIH entrevistada insta a “agradecer” por la medicina; esta actitud es –tal como se mencionó anteriormente- digna de un grupo de beneficiarios de un favor más no de usuarios de un servicio que se basa en un derecho. En la siguiente cita también se puede apreciar la misma actitud llegando al punto en el que se considera “incomodar” al hecho de solicitar mejoras en el servicio.

“Bueno yo no me quejo de nada, lo ideal ya sería de más... porque gracias a Dios que tengo unos doctores muy buenos. Para que voy

a incomodar pidiendo más ¿no?” (Mary, 50 años, persona viviendo con VIH)

De este modo se reafirma el no entendimiento de la atención en la Estrategia como un derecho, sino como un favor. De este modo se acepta –y se agradece- la situación en que se encuentra y se considera que no se puede pedir más; cuando en realidad, se debería exigir el cumplimiento de las normas técnicas recomendadas por el MINSA.

#### **6.4. Importancia de las normas técnicas de atención y los criterios de calidad de servicio para el personal de salud**

Ahora bien, en la descripción de la atención por parte del personal de salud se hizo notorio que esta no se da de la manera tal como está planteada por las normas técnicas de atención. Esto debido a que los trabajadores de la Estrategia tienen sus propias opiniones sobre los procesos de atención y a las limitaciones con las que cuenta la Estrategia. De este modo, se pone en práctica sólo aquello que es considerado importante y que es factible de ser realizado.

Ellos afirman que como trabajadores de la Estrategia, su contrato no establece objetivos mensuales en cuanto a número de atenciones, simplemente deben de cumplir el horario de trabajo y atender a todos los pacientes citados dentro del mismo brindando básicamente calidad de atención. No obstante el MINSA establece –como regla general- la cifra de cuatro atenciones por hora; frente a esta el personal de salud entrevistado indica que en el caso del VIH es necesario tomarse un mayor tiempo a fin de poder escuchar y aconsejar al paciente con la tranquilidad necesaria.

“Tenemos que atender cuatro pacientes por hora según norma del Ministerio [de Salud], pero en un paciente de VIH no se puede hacer eso, es un paciente especial porque no solo se le da la receta, se tiene que orientar y que propicie en él la adherencia al tratamiento que no se logra, por eso deberían ser 3 pacientes por hora. Pero la ley del Ministerio dice 4 pacientes por hora a rajatabla, así que tenemos que cumplir.” (Eduardo, 40 años, médico)

Esta cita de algún modo justifica la rápida atención a las personas viviendo con VIH escudándose en la norma del Ministerio de Salud. No obstante, ante otras situaciones la

norma no se sigue al pie de la letra. Por lo que en este caso, este apego a la norma puede entenderse como una excusa para justificar la rápida atención y no ahondar en problemas estructurales tales como la sobrecarga de pacientes en la Estrategia.

Ahora bien, los elementos considerados como los más importantes para una buena atención son la infraestructura y la existencia de los insumos y medicamentos necesarios. En segundo lugar se encuentran la calidad de la atención entendida como el hecho de lograr generar empatía con las personas viviendo con VIH. Finalmente también se mencionan cumplir con los horarios de atención, brindar un tiempo adecuado de consulta, tener personal con buena disposición y una adecuada coordinación y limpieza de los ambientes. Como se puede apreciar, los considerados como más importantes son justamente aquellos en los que existen deficiencias.

“Primero, que haya una buena infraestructura, segundo que tengamos los equipos necesarios para atenderlos bien, tercero que el profesional que está al frente no solo sea competente sino que sea una persona de mente amplia que pueda ayudar al paciente en todos los aspectos.” (Eduardo, 40 años, médico)

El último elemento mencionado, poseer mente amplia, resulta de suma importancia en el tema del VIH para hacer frente a los prejuicios sociales que se vierten tanto sobre las personas con esta enfermedad como sobre el tema de la sexualidad en general. Por ello es necesario que el personal de salud conozca los estigmas y prejuicios existentes más que no caiga en ellos y así poder brindar una atención de calidad, sin concepciones negativas pre-existentes, a la persona viviendo con VIH.

La mayoría de los elementos señalados en los párrafos anteriores se muestran ausentes – parcial o totalmente- en la Estrategia, por lo tanto se constituyen en limitaciones que impiden brindar un servicio ideal. Entre estas la más resaltante es la infraestructura y la falta de espacios adecuados para la atención de los personas viviendo con VIH. Asimismo también se resalta la cantidad de pacientes, que obliga a una rápida atención; la falta de computadores que retrasan ciertos procedimientos; la falta de insumos; y la no conexión a internet ni al sistema operativo del hospital. Finalmente también se mencionó la falta de exámenes de diagnóstico.

“Ahorita por ejemplo, la infraestructura que yo... debe haber privacidad. Tienes un paciente que de repente en un momento quiere llorar o un niño ¿no? No los puedo... O hay pacientes que están con TBC y no lo puedo exponer al niño pero no tengo ambiente entonces lo siento acá al niño. Igual sucede en psicología, también hay adulto, también está el niño, y bueno eso sería, la infraestructura” (María Elena, 47 años, enfermera)

“La infraestructura, otra vez la infraestructura, los equipos los tenemos, un clínico como es nuestra especialidad no necesita de muchos equipos, nos basta con un estetoscopio, un tensiómetro y un termómetro, la mayoría de cosas son con la percepción que tenemos de las cosas, los exámenes físicos, pero si necesitamos una infraestructura adecuada, que tenga la privacidad suficiente para que el paciente se expulse, una infraestructura que nos permita examinar bien al paciente sin peligro de exponer su intimidad.” (Eduardo, 40 años, médico)

La forma de superar las mencionadas limitaciones es básicamente mediante la adecuación. Es decir, el personal de salud se adapta a las condiciones ofrecidas por el hospital Loayza y en base a ellas busca como brindar el mejor servicio posible dentro de las limitaciones existentes. Dentro de estas adecuaciones están el realizar procedimientos que no les corresponden, la búsqueda de reemplazo para los insumos/exámenes que faltan y la distribución y uso del espacio de manera que puedan acceder a el gran cantidad de personas tanto personal de salud como personas viviendo con VIH.

“(...) me adapto a la realidad del hospital. O sea lo que tratamos de hacer es... no puedo pedir un consultorio excelente o un mejor servicio porque tenemos que trabajar de acuerdo a la realidad ¿no? Brindar la mejor atención en el lugar que podemos tener.” (María, 48 años, trabajadora social)

Cabe mencionar que todas estas adecuaciones son vistas simplemente como una solución temporal a los problemas existentes en la Estrategia. De este modo, se busca que el hospital promueva, poco a poco, soluciones permanentes a los problemas ya mencionados. De este modo, el personal de salud sí considera que es factible conseguir cambios positivos en la Estrategia, no obstante estos se piensan a muy largo plazo.

“Todavía no lo superamos, hemos tratado de arreglar nuestro servicio lo mejor posible en cuanto los espacios, estamos solicitando nuevos espacios que los tenemos aquí pero tenemos

algunos limitantes con las gestiones del hospital, espacios que están sin uso, asignados a la universidad San Marcos que nos los pueden dar pero falta un impulso de la gestión para que nos los pueda conseguir oficialmente.” (Eduardo, 40 años, médico)

De este modo, los problemas existentes en la Estrategia tales como la infraestructura; la pobreza tanto del personal de salud –lo que les impide capacitarse de manera más adecuada- como del hospital en sí –lo que impide mejorar el sueldo de sus trabajadores y el ambiente de trabajo- y de los propios personas viviendo con VIH –lo que les impide tener una educación de calidad que les permita sentirse protagonistas de sus derechos y por lo tanto reclamar por ellos-; y la precariedad en cuanto a espacios e insumos generan un círculo vicioso en el que todos los elementos se encuentran interconectados y no existe una salida del mismo a menos que se cambie algún factor estructural. Este círculo vicioso de pobreza, mala atención e infraestructura inadecuada, y no reclamo de los derechos genera un ambiente de comunicación en el cual las relaciones se basan en la imposibilidad de generar un cambio de situación.

Así, la relación comunicacional establecida entre personas viviendo con VIH y personal de salud de la Estrategia genera que se desarrollen estrategias de superación de conflictos que buscan lograr beneficios inmediatos y personales más que grandes cambios y mejoras a largo plazo. Esto se analizará en el siguiente capítulo.

## **7. Los conflictos y las estrategias comunicacionales existentes entre las Personas Viviendo con VIH y el personal de salud**

### **7.1. Descripción de los conflictos existentes entre las Personas Viviendo con VIH y el personal de salud**

Se ha descrito ya tanto al personal de salud que labora en la Estrategia como a las personas viviendo con VIH que ahí se atienden. Como se ha analizado, entre ellos existen diversas interacciones, algunas de ellas positivas y otras negativas; estas últimas son las que describiremos y analizaremos en el presente capítulo.

Respecto a problemas con las personas viviendo con VIH las enfermeras y las trabajadoras sociales las que poseen el mayor número de quejas. Las primeras afirman que son ellas quienes reciben todas las críticas, y las segundas se quejan del hecho de que varias personas viviendo con VIH no cuentan con agentes de soporte o que no desean que se les realice la visita domiciliaria.

Estos dos factores impiden a las trabajadoras sociales brindar un seguimiento adecuado a las personas viviendo con VIH que ahí se atienden. La importancia de la visita domiciliaria radica en que permite constatar el estrato socioeconómico de la persona viviendo con VIH y así, si pertenece al estrato de pobreza o pobreza extrema se le pueden brindar tickets de atención que permiten acceder a un descuento en el pago de las consultas o incluso la exoneración del mismo.

Por otro lado, el agente de soporte, como ya se ha visto, tiene un rol de apoyo fundamental a la persona viviendo con VIH. Así, si no se cuenta con uno, en caso de que se abandone el tratamiento, no se cuenta con alguien que los inste a retomar el mismo. Si a esto se suma la imposibilidad de realizar la visita domiciliaria, entonces no hay manera de saber que fue lo que sucedió con la persona viviendo con VIH ni conocer si se encuentra bien y/o porque razones ha abandonado el tratamiento. Esto también genera un problema en la recolección de data necesaria para las estadísticas sobre el VIH en el Perú.

Otros problemas existentes con las personas viviendo con VIH son los reclamos porque no los atiende el médico que normalmente lo hace o porque no llegan sus historias clínicas. En el primer caso se explica al paciente las razones por las que su médico no puede atenderlo; ellas son, generalmente, la ausencia del médico o la excesiva carga laboral del mismo lo que le impide darse abasto y atender a todos los pacientes que lo esperan. En este caso la solución radica en derivar a la persona viviendo con VIH con otro médico(a). En cuanto a la demora de las historias clínicas, se afirma que es problema del archivo del Hospital, el cual no funciona eficientemente. Esto genera retrasos en la atención que, sumados a los retrasos ocasionados por la excesiva carga de pacientes, constituyen grandes lapsos de tiempo perdido para las personas viviendo con VIH.

Asimismo, existen algunas personas viviendo con VIH que no comprenden indicaciones, otros que no desean pasar por los requisitos pre-TARGA sino ingresar directamente y otros que abusan de la confianza que el personal de salud les brinda e interrumpen las consultas de otras personas viviendo con VIH. En el primer caso se pide a la personas que se acerque con su agente de soporte a fin de explicarle a los dos la situación e indicaciones necesarias; respecto a los segundos, también se les debe explicar la importancia de dichos requisitos; finalmente, en cuanto a los terceros se les pide que antes de entrar verifiquen que el médico se encuentre solo de modo que no se altere la consulta de otro paciente ni se vulnere la privacidad del mismo.

En general las personas viviendo con VIH consideran que la atención en la Estrategia es de muy buena calidad y por ello reconocen –sobre todo en un primer momento- pocos problemas existentes con el personal de salud de la misma. Asimismo, como se ha mencionado en capítulos anteriores, las personas viviendo con VIH suelen justificar las malas actitudes del personal de salud culpándose, finalmente, a sí mismos.

Así, la mayor cantidad de quejas con respecto a la atención en la Estrategia se centra en el área social, en las enfermeras y en la rapidez en el tiempo de la consulta. Esto, como ya se ha analizado, se debe tanto a que la cara visible de la Estrategia la constituyen las enfermeras como a la idealización existente de los médicos que ahí laboran. A continuación presento diversas citas que demuestran lo dichos en estos párrafos:



“Se demoran porque hay tiempos que viene mucha gente. Acá los tratan por llegada, no interesa si está mal. Aunque a veces se hacen excepciones, pero es muy raro.” (Walter, 39 años, persona viviendo con VIH)

“La demora siempre. Se demora mucho. Siempre es la demora. Algunas [personas viviendo con VIH] trabajan, pues. Uno trabaja y pierde el día. Se demoran un día y pierden. Le descuentan. Otros tienen un trabajo seguro y no quieren faltar. Uno que trabaja independiente, puede faltar.” (Richard, 35 años, persona viviendo con VIH)

En efecto, tal como se menciona, la demora en la atención genera –en el caso de aquellas personas viviendo con VIH con horario completo de trabajo- que deban de solicitar permiso, lo cual les genera un descuento, o que sean despedidos por las faltas constantes sobre todo cuando recién ingresan al programa TARGA debido a las evaluaciones pre TARGA por las que deben pasar. Como se ha mencionado, esta demanda de tiempo genera que varias personas viviendo con VIH pierdan el trabajo o en todo caso, abandonen el tratamiento para que esto no ocurra.

Ahora bien, también se afirma que la mayoría de casos de demora se da en casos de pacientes nuevos. Esto probablemente debido a que aún no poseen historia clínica y su creación demora. Esta situación se describe en la siguiente cita:

“(…) se demoran mucho en la atención. Hay veces que llegan a las 7:30 y las atienden a las horas. Yo me he dado cuenta que a la gente que ya tiene su TARGA los atienden. A los nuevos los aguantan y a los que tienen TARGA, como ya los conocen a sus pacientes, los atienden “al toque”. Con los nuevitos se demoran más.” (Walter, 39 años, persona viviendo con VIH)

En efecto en la cita se afirma que aquellos pacientes que ya pertenecen al TARGA reciben una atención más rápida mientras que con aquellos que se encuentran en etapa pre – TARGA o en la realización de pruebas de Elisa el tiempo en consulta es mayor. Cabe mencionar que esto es así debido a que el personal de salud no conoce su historia de vida y, por lo tanto, deben de armarla y conocer sus antecedentes para poder brindarles una atención adecuada. Es probablemente debido a esta razón que el resto de personas viviendo con VIH son atendidos con demora.

“A veces se quejan porque no los atienden muy rápido o, con la enfermera, porque a veces creen que tiene privilegios con otra persona. Pero es de

acuerdo al orden en que van poniendo las historias, hay técnicas en enfermería que relevan y ellas son las que mueven las historias, las desordenan.” (Lázaro, 30 años, persona viviendo con VIH)

“[Las personas viviendo con VIH se quejan principalmente] del maltrato del área social y de emergencias... [Se quejan de las trabajadoras sociales] no todas, algunas. Yo conversé personalmente qué pasaba y me dijeron “Santiago, yo no me puedo abastecer con tanta gente y todos quieren pasar primero”. Eso yo le entendí a ella, pero le dije que tenga paciencia porque son personas que necesitan y están en una confusión tremenda y creo que merecen un trato de, por lo menos, decirle que se tranquilicen.” (Santiago, 50 años, persona viviendo con VIH)

En ambas citas se toca el tema de las enfermeras y las trabajadoras sociales, el personal de salud que posee más quejas de parte de las personas viviendo con VIH. En ambas citas la responsabilidad de la situación de maltrato se centra en el personal de salud mencionado; de este modo se entiende que ellas poseen la culpa de la situación ya sea por acción (las técnicas de enfermería que desordenan las historias) como por cuestiones relacionadas al manejo de la Estrategia en sí tal como poseer demasiada carga de pacientes y no poder atender adecuadamente a todos.

“A veces algunas [personas viviendo con VIH] por la misma enfermedad se alteran con las enfermeras. No aguantan una agresión, tampoco. Por más que sea paciente. La enfermera sabe la actitud que tiene que tener con el paciente y el paciente también, por más mal que esté en la cabeza, tiene que tratar con respeto.” (Jorge, 63 años, persona viviendo con VIH)

“Hay muchas personas que han tenido muchas enfermedades oportunistas que hacen perder (...), con los mismos dolores caóticos, migraña. Para ellos se les acabó el mundo y empiezan a maltratar a doctores, familia, a ‘tuti li mundi’ por decir que le calmen el dolor. Lamentablemente a veces no hay el medicamento o tienen que esperar su cola y tienen que esperar. Si uno se siente mal, mal, tiene que ir por emergencia; pero cuando vamos al TARGA [en referencia a la Estrategia tenemos que respetar nuestro orden de llegada. Eso justamente malinterpretan, muchos de ellos. Son casos verídicos que para ellos es discriminación y no es así.” (Santiago, 50 años, persona viviendo con VIH)

Otra queja que sale a relucir en las entrevistas realizadas a las personas viviendo con VIH es en base a la falta de dinero para pagar los S/. 8 que cuestan las citas de atención.

Estos temas económicos son los llamados a solucionarse por medio de la intervención de las trabajadoras sociales, las cuales en base a la evaluación socioeconómica pueden brindar tickets de descuento o exoneración de pago tanto de los exámenes como de las consultas. No obstante, como ya se ha visto, este servicio es uno de los que mayores problemas presenta dentro de la Estrategia por lo que el problema económico de las personas viviendo con VIH suele no obtener solución.

Así, los conflictos existentes recorren una suma de ámbitos tales como la infraestructura –que posibilita a las personas viviendo con VIH interrumpir otras consultas-, el número de personal de salud –que les impide abastecerse para atender la demanda de las personas viviendo con VIH-, la logística –que genera el desabastecimiento de las medicinas necesarias y la falta de insumos-, entre otros.

## 7.2. Causas de los conflictos existentes

Los conflictos mencionados en el sub capítulo anterior poseen diversas causas. Dichas causas serán abarcadas en este segundo sub capítulo con el fin de conocer que es lo que los origina y así, saber qué puntos son los que deben reformarse o modificarse a fin de brindar una mejor atención.

Así, el personal de salud señala como causas de los conflictos existentes la falta de personal para realizar las consultas y el hecho que se acaban los tickets brindados por las trabajadoras sociales para realizar los descuentos o la exoneración del pago.

“(…) ciertas consultas que no se pueden consultar tan fácilmente (…) por ejemplo ahorita estamos teniendo problemas (…) porque no hay personal asignado desde allá para acá y no hay obstetriz ahora o vienen por muy pocas horas, nutrición de la misma manera no hay personal asignado para acá.” (Lizzete, 28 años, médico)

“Yo he escuchado, el sistema de la consejería no funciona, el orden, pasarla completarla, que demoran las encuestas, esperar mucho para avanzar, especialistas que no vienen, como la obstetriz.” (Jorge, 33 años, médico)

“A veces hay quejas porque se acaban los tickets y ellos quieren que les den los tickets. Quejas de que a veces no hay del laboratorio algunos análisis, pero les decimos que al lado de San Marcos también pueden tomarse las

pruebas. Quejas de que no hay la tomografía y tenemos que hacerle un estudio socio-económico para poder rebajarle. Igual de la Resonancia Magnética. Y del SIS [Seguro Integral de Salud] que paran quejándose que la atención no es inmediata y hay muchas colas.” (Rosa, 52 años, trabajadora social)

La ausencia de personal asignado por el Hospital genera que tanto en el caso de nutrición como de obstetricia se cuenten con muy pocas horas hábiles para atender a las personas viviendo con VIH. Esto termina dando la impresión de que todo el sistema de consejerías no funciona. Esta percepción es particularmente peligrosa ya que todo el servicio brindado por la Estrategia se basa en las consejerías –en diversos temas- que en ella se brindan, por lo que una percepción como la mencionada implica un malfuncionamiento de toda la Estrategia lo que puede generar la disminución de la adherencia al TARGA debido a la desconfianza en la Estrategia.

Por otro lado, el término de los tickets impide que se brinden los descuentos necesarios –en la mayoría de casos- para que las personas viviendo con VIH puedan acceder a la atención o a los exámenes necesarios, ya no por una falta de recursos económicos del Hospital sino por una simple falta de insumos.

“Bueno las quejas es a veces la demora, a veces demora, vienen temprano y se demoran. Cuando les toca nuevo se demoran. A veces el mismo paciente empieza a conversar y tienen que venir acá y no hay sistema o no carga el internet. Y bueno y se demoran pues. La queja que más escucho es la demora, la cola que hacen en la farmacia y a veces la falta de medicamento. Demora acá, la cola allá. El tiempo, pierden tiempo.” (Princesa, 47 años, enfermera)

La queja con respecto a las demoras en la atención vuelve a aparecer en esta última cita. En este caso se plantea que una de las causas de ello la caída del sistema operativo del Hospital o la caída / demora de internet. Ambas ocasionan demora en el tiempo de atención lo que genera retrasos en el avance de los siguientes pacientes.

Ahora bien, la mayoría de personal de salud entrevistado se muestra de acuerdo en que las quejas respecto al tiempo de espera para las atenciones tienen razón de ser; lo mismo ocurre en cuanto a la demora de las historias clínicas y al mal funcionamiento del sistema de consejerías sobre todo los en caso de obstetricia y nutrición.

Al contrario, respecto a las quejas sobre las asistentas sociales se considera que varias veces estas se dan debido a que ellas se niegan a hacer el descuento en la proporción que lo desea el paciente, en este caso se considera que las asistentas sociales no pueden bajar mucho las tarifas sino sólo en cantidades estipuladas. Por otro lado se afirma que algunas personas viviendo con VIH mienten sobre la hora a la que llegaron al servicio a fin de ser atendidos más rápido.

“A veces sí, porque como te digo por la infraestructura no se puede atender a todos, pero a veces mienten y llegan tarde y dicen, “señorita yo he llegado hace rato” pero han llegado hace 3 minutos y quieren que los atiendas de inmediato. Hay que saber tratar con esas personas.” (Verna, 27 años, psicóloga)

Para las personas viviendo con VIH la causa de los principales problemas se encuentra en la infraestructura existente, la deficiente atención en algunas consultas como la obstetricia y la odontológica, y la falta de insumos.

“El problema que hay acá, el único, es que la balanza está vieja. Desde que entré yo, no cambian la balanza. Después creo que no.... Mmm.. Infraestructura faltaría. Un servicio higiénico porque el que está acá, nos cobran.” (Julio, 51 años, persona viviendo con VIH)

“La espera y la infraestructura. Acá vienen enfermos que en estas sillas de madera no se sienten cómodos. Uno no viene tan mal pero aún así estas sillas son incómodas (...) Y en cuestión invierno, yo sé que esto tiene que estar despejado por la misma situación de la enfermedad, pero hay veces que los pacientes tienen mucho frío. (...) Y las escaleras, que a veces hay pacientes que no pueden caminar porque vienen graves.” (Walter, 39 años, persona viviendo con VIH)

Se menciona como un problema de la infraestructura el hecho que en la Estrategia sólo existe un baño cercano, en el cual se cobra por su uso S/. 0.50. Este punto es de suma importancia por dos razones. En primer lugar por el gasto económico que esto implica para una economía mermada como la de las personas viviendo con VIH entrevistadas; en segundo lugar, porque a pesar del hecho de ser un baño público pagado, la higiene del mismo no es la adecuada. Así, incluso se ha escuchado a las personas viviendo con VIH recomendar a otros pacientes que “no se sienten” en ese baño. Esta situación anti – higiénica resulta muy perjudicial no sólo para las personas viviendo con VIH que ahí se

atienden sino en general para todas las personas que utilizan dichos baños ya que ellos pueden ser fuentes de infecciones urinarias y otras infecciones favorecedoras del VIH.

“El cero - positivo, en el servicio de Infectología, tiene el apoyo de la Asistente Social, entonces a veces uno se acostumbra a que todo el año reciba el trato del hospital de no cobrarle la cita. El hospital también necesita un ingreso; y eso paciente, solo que sea de extrema pobreza debería ser que este molestando a la asistente todos los meses para que te den un ticket y te pasen la cita gratis. En eso, a veces, los pacientes se ponen delicados. El que puede pagarlo, que pague sus 8 soles.” (Jorge, 63 años, persona viviendo con VIH)

“Hay veces que no hay cosas necesarias, que uno necesita. Como por ejemplo... Guantes, esparadrapos... Hay veces que no hay esas cosas y tienes que comprar. Cosas que es necesario. Cosas que te bridan también, pero si no tienen, tienes que comprar. Porque yo me he operado dos veces también, cosas que tienen te dan... si no tienen, tienes que comprar.” (Richard, 35 años, persona viviendo con VIH)

En la primera cita se explica la necesidad –para el Hospital- de que las personas viviendo con VIH paguen sus citas de atención y no las obtengan de manera gratuita gracias a los tickets brindados por el servicio social. Por ello se resalta que sólo deben solicitarlos aquellas personas viviendo con VIH que realmente lo necesiten. Por otro lado, en la segunda cita se menciona la falta de insumos –sobre todo en casos de operaciones- por lo que deben ser comprados por los propios pacientes cuando en realidad, deberían ser brindados por el Hospital.

“Yo creo que en todo el servicio de Infectología falta reforzar, para las mujeres más que todo, [el servicio] de Obstetricia. Y para la población en general, el servicio de Odontología que todavía falta reforzar un poquito. Es necesaria porque es parte de nuestra salud integral que no estamos recibiendo. Falta hacer conocer a la gente que ese servicio también está para nosotros... Ah... la gente no sabe... No saben y la mayoría de gente está sufriendo. Inclusive para que me atiendan, la primera vez, se pusieron como astronautas. Hasta yo me asusté. Al final me sentía como si estuviera siendo un experimento para ellos. Está bien que tengan el cuidado debido, pero no exagerar demasiado. Se pusieron como astronautas todos, tapados. Uno como persona, se siente qué no.” (Santiago, 50 años, persona viviendo con VIH)

“Bueno como te dije, no saben, hay enfermeras que no saben mucho sobre el VIH o sea [creen que] por darte la mano o darte un beso yo te contagié, ven a un paciente enfermo y se distancian” (Víctor, 32 años, persona viviendo con VIH)

Hay dos elementos resaltantes en la primera cita. En primer lugar la descripción de la mala atención en ambos servicios mencionados. En este caso ella se ve reflejada –en el servicio de odontología- en las exageradas medidas de seguridad tomadas por el personal de salud, lo que generó una incomodidad en el paciente. En segundo lugar el desconocimiento respecto a los servicios mencionados, se afirma que no se conocen las prestaciones de dichos servicios.

En la segunda cita se menciona la ignorancia de las enfermeras con respecto al VIH lo que genera que se tomen medidas de precaución exageradas –como el distanciamiento de las personas viviendo con VIH- produciendo así incomodidad en los mismos.

Ahora bien, se ha establecido que las personas viviendo con VIH suelen justificar los malestares existentes con el personal de salud de la Estrategia, por ello las causas de los mismos suelen ser atribuidas a los propios pacientes. Así se afirma que algunas personas viviendo con VIH se consideran maltratadas por la demora en la atención pero se considera que dicha situación se puede evitar llegando antes de la hora indicada en la cita y, si constituye una emergencia, asistiendo al servicio de emergencia. Del mismo modo, se recalca que el respeto no sólo debe ser de las enfermeras a las personas viviendo con VIH sino también viceversa.

Por otro lado, se considera que las quejas con respecto al servicio social si están justificadas. En efecto, tal como se ha mencionado en previos capítulos, incluso los propios médicos entrevistados afirman que la atención en dicho servicio no es la adecuada sin embargo no se puede generar un cambio de personal sin una queja formal presentada por las personas viviendo con VIH que se atienden en la Estrategia. Otro aspecto al que se refieren las quejas respecto a este servicio es la negativa a realizar los descuentos solicitados ya sea por falta de insumos (se acaban los tickets) o por imposibilidad debido a las características socioeconómicas del paciente; en efecto este beneficio es sólo para aquellos pacientes en situación de pobreza extrema y, en ciertos casos, pobreza.

En cuanto a los conflictos existentes desde el personal de salud hacia las personas viviendo con VIH, estos pasan básicamente por temas de falta de adherencia al TARGA

y por problemas referentes al trato –que las personas viviendo con VIH tienen para con el personal de salud- o actitudes de los mismos.

“Los casos de VIH no solo tienen VIH hay algunos pacientes que son psiquiátricos o drogadictos o drogodependientes y a veces por ejemplo teníamos el caso de un paciente que era alcohólico y vienen a querer recibir tratamiento en estado de ebriedad o alguno que viene con síndrome de abstinencia, algunos que son ladrones y a veces se han robado las cosas del personal pero no son muchos los casos.” (Eddie, 35 años, médico)

Así, en el caso de personas alcohólicas o drogadictas son justamente las drogas que consumen –o han dejado de consumir y por lo tanto se encuentran en un periodo de abstinencia- las que originan comportamientos inadecuados tales como sobre exaltación y, por lo tanto, maltrato al personal de salud, sobre todo a las enfermeras. Como ya se ha visto, ellas son la cara visible de la Estrategia. Por ello, la mayoría de las quejas – sean o no sean de su competencia- se dirigen hacia ellas y no siempre de la manera adecuada.

Otro aspecto a resaltar es que el personal de salud afirma que algunas de las personas viviendo con VIH incurren en mentiras a fin de verse beneficiados. Éstas van desde el tiempo de espera para la atención hasta la ingesta de medicinas del TARGA y acciones de auto cuidado. Estas últimas situaciones ocurren en mayor medida en aquellas personas viviendo con VIH que no cuentan con un agente de soporte. También se menciona que las personas viviendo con VIH suelen aprovecharse de la confianza que se les brinda, excediéndose en la misma. Esto genera situaciones que son incómodas tanto para el personal de salud como otros pacientes.

“Bueno que a veces jeje, como que por ejemplo estoy llegando y cierro la puerta y [las personas viviendo con VIH] no tocan, y te dicen señorita y yo estoy en plena consulta o cambiándome la chaqueta y no tocan y el hecho de que uno les brinde la confianza ellos se van un poquito más, se aprovechan un poco.” (Verna, 27 años, psicóloga)

Otra causa que se encuentra de los conflictos es la manipulación que ejercen o intentan ejercer las personas viviendo con VIH sobre el personal de salud a fin de ser atendidos rápidamente o de obtener algún otro beneficio.



“Son muy manipuladores, a veces te dicen “la señorita de psicología no me quiere ayudar, porque no me ha dado parte en el TARGA por más de que yo le dije que no tengo agente de soporte” y cuando tú ves el entorno que ha estado ahí cerca para corroborar eso te das cuenta que ha sido al revés, entonces muchos de ellos se victimizan para poder tener una ganancia secundaria, entonces tomamos con cautela algún tipo de comentarios de ese tipo.” (Eduardo, 40 años, médico)

“(…) los que no cumplen con registrar su cita y vienen nomás y como saben que ya no tienen pastilla [dicen:] “bueno me tienes que recibir porque no tengo pastilla”, se aprovechan.” (Princesa, 47 años, enfermera)

En ambas citas se resalta la manipulación que ejercen las personas viviendo con VIH para beneficiarse. Cabe resaltar que dicha manipulación se realiza en base a su estado VIH – positivo, por lo que se puede hablar de una auto victimización como estrategia a fin de verse favorecidos. Esta auto victimización es contraria a la actitud anti discriminatoria propagada ellos mismos ya que esta última propone un trato igualitario en el que no influyan prejuicios; mientras que la victimización se basa en la generación de diferencias a fin de obtener beneficios en base a las mismas.

Así, en líneas generales los conflictos existentes desde los personas viviendo con VIH hacia el personal de salud tienen su origen en la falta de personal de salud, falta de insumos, fallas en el sistema informático e internet, fallas en la infraestructura y desconocimiento del personal de salud sobre el VIH (sobre todo en el caso de las enfermeras rotativas). Cabe resaltar que el único caso en el que se considera que la causa del maltrato se origina en el personal de salud en sí es en el del servicio social.

Por otro lado, los conflictos existentes desde el personal de salud hacia las personas viviendo con VIH encuentran sus puntos de origen en uso de drogas, falta de agente de soporte y manipulación –y auto victimización- ejercida por las propias personas viviendo con VIH.

### **7.3. Estrategias comunicacionales de negociación de conflictos**

El TARGA es un tratamiento gratuito brindado por el Estado a través del MINSA cuyo único requisito ineludible es el ser VIH – positivo. En este razonamiento, no se

requerirían estrategias de acceso al mismo ya que él se encuentra disponible a todas aquellas personas viviendo con VIH que lo requieran. No obstante, tal como se ha visto a lo largo de la presente investigación, la realidad no es tan simple como lo mencionado.

Ya se analizaron los conflictos existentes en la Estrategia y las causas de los mismos. A continuación se describirá y analizará las soluciones brindadas –tanto por las personas viviendo con VIH como por el personal de salud- a dichos conflictos; se prestará especial atención a las estrategias comunicacionales de negociación de los mismos.

Así, en la realidad existen dificultades para acceder al TARGA en el sentido de desabastecimiento de medicinas tanto del TARGA en sí como de medicamentos necesarios para el tratamiento de las enfermedades oportunistas.

“En relación a medicación en VIH hay un programa especial que es el programa TARGA, entonces el programa se encarga de abastecer los medicamentos necesarios para los esquemas de los pacientes pero a veces hay periodos en los cuales hay una medicación que no llegan o se retrasan, creo que eso es lo que más ha estado pasando ahora. Pero no es problema de programación sino es problema del Ministerio de abastecer a los diferentes hospitales. [Entonces] Se intenta dar la medicación al paciente, se empezó a dar en jarabe pero igual el jarabe se acabó entonces lo que hacemos es cambiar la medicación al paciente por un lapso en el cual nos indiquen que puede llegar la otra medicación. Tienes que empezar a manejar y ver las reacciones de los pacientes.” (Eddie, 35 años, médico)

Como se puede ver en la cita, el personal de salud también desarrolla estrategias a fin de asegurar el acceso de las personas viviendo con VIH al TARGA –en caso de desabastecimiento-. Una primera estrategia consiste en cambiar la presentación de la medicación que se brinda a las personas viviendo con VIH, por ejemplo un cambio de pastillas a jarabe o viceversa. Otra estrategia planteada por el personal de salud es el cambio de la medicina en sí; esta opción puede generar graves inconvenientes en la salud de las personas viviendo con VIH por lo que debe realizarse bajo una estricta supervisión y sólo en casos en los que sea absolutamente necesario. En efecto, las medicinas que forman parte de los esquemas del TARGA son muy fuertes y pueden generar efectos secundarios en aquellos quienes las toman.

“O el doctor le decía: “cámbiate de pastilla”. Pero eso era un problema porque no podían cambiarse así nomás. Porque el cuerpo no puede tomar

cualquier pastilla y meterse así nomás. Por ejemplo, *ininteligible* [nombre de un medicamento de TARGA] es una pastilla para quemar esquema ya y le daban eso cuando no había. “Ya, toma esto”. Pero no es lo mismo...” (Richard, 35 años, persona viviendo con VIH)

Por esto, la mayoría de las personas viviendo con VIH entrevistadas tienen temor de realizar un cambio de medicamentos y prefieren desarrollar otras estrategias que les permitan acceder a la medicina necesaria. Estas serán vistas más adelante.

Una tercera estrategia desarrollada por el personal de salud es la dosificación de la medicina entregada a las personas viviendo con VIH lo que implica una mayor pérdida de tiempo de los mismos debido a que deben acudir continuamente al hospital a recoger la medicina.

“Ay, lo que me da pena nomás es que a veces no hay los medicamentos de los pacientes ¿no? [Medicamentos] de [enfermedades] oportunistas y también a veces de TARGA. [En ese caso] se les da para una semana y tienen que estar viniendo... a veces el año pasado ha habido escasez de medicamentos... [Durante el año 2010] ha empezado bien porque al menos lo que es TARGA no hay problema.” (Julio, 47 años, persona viviendo con VIH)

En esta cita se menciona que si bien no ha existido –hasta el fin del recojo de información en campo, abril del 2010- escasez de medicamentos de TARGA, esto no ocurre así con los medicamentos necesarios para el tratamiento de las enfermedades oportunistas. Estos también se brindan gratuitamente en el programa TARGA pero debido a su escasez suelen ser las propias personas viviendo con VIH las que deben comprarlos. En este sentido se afirma que las personas viviendo con VIH reclaman básicamente por la escasez de medicamentos específicos del TARGA; sin embargo, en el caso de la medicina para las enfermedades oportunistas el reclamo disminuye considerablemente.

“Más ellos se quejan de lo que es TARGA, porque es su vida de ellos. Lo otro, bueno ellos, la familia los cuidará, les comprarán... pero en oportunista no se quejan generalmente porque ellos lo ven como una bondad de que aparte de... extra claro, porque esas son cosas extras.” (Princesa, 47 años, enfermera)

Cabe resaltar la palabra “bondad” en base a la cual se puede inferir la posición –ya analizada- de las personas viviendo con VIH como beneficiarios de un favor. Es por

esta razón que no se reclama por la ausencia de los medicamentos para las enfermedades oportunistas ya que se les ve como un “extra” cuando en realidad forma parte de su derecho.

Respecto a los problemas existentes con las personas viviendo con VIH, el personal de salud entrevistado afirma que la manera más común de solucionarlos es conversando con ellas y brindándoles consejerías en los temas requeridos, también se menciona la utilidad de las visitas domiciliarias en algunos casos como el de abandono de tratamiento. En casos de falta de medicina, insumos o dinero para costear la atención también se suele pedir ayuda a algunas ONGs o instituciones especializadas en el tema.

“Cuando a mi me tratan feo o me gritan yo les digo de frente que no tienen por qué y les pido que se calmen y después de un ratito vuelvo a hablar con ellos y generalmente ya me tratan mejor ¿no?, como que ya se calmaron, ya se olvidaron.” (Luz, 26 años, enfermera)

“Logramos conversar con ellas [las PVVIH], escuchar sus quejas con eso muchas veces pueden mejorarse, otras veces tenemos que echar mano a ayuda externa a algunas ONG, algunas voluntarias, en caso de que no tengan dinero para sus medicinas, otras aparte del TARGA que deban recibir o atención auxiliar que reciben que el hospital no los da, o explicándole las razones específicas por las que el hospital le ha negado algo, explicando conversando.” (Eduardo, 40 años, médico)

En efecto, se mencionó que una queja del personal de salud consistía en que algunas personas viviendo con VIH no entienden las indicaciones que se les brinda. Este tema resulta de suma importancia al conocer que la principal manera de solucionar los problemas con ellas es mediante el diálogo; esto debido a que existe el riesgo de que no se comprenda adecuadamente al personal de salud. En este punto, el agente de soporte toma protagonismo ya que puede servir de intermediario –y agente reforzador- entre el personal de salud y la persona viviendo con VIH a fin de que esta última logre comprender lo indicado.

Ahora bien, el personal de salud entrevistado afirma que existen varios casos en los que las personas viviendo con VIH mienten con respecto a su situación socioeconómica a fin de que sean considerados como personas en situación de pobreza extrema. Esto debido a que el pertenecer al ámbito a la pobreza extrema les resulta favorecedor debido

a que les permite acceder a descuentos tanto para las citas de atención como para los exámenes médicos necesarios.

“Porque el paciente siempre te viene primero con “mentiritas piadosas (...) para que sea siempre pobreza extrema, pero muchos de ellos son con pobrezas coyunturales. (...). Ahora en el consultorio de las trabajadoras sociales vienen para que nosotros les entreguemos ciertos tickets de atención, rebajándoles sus análisis en 50-80% o exonerado. Entonces cuando dicen pobreza extrema o pobreza crónica, tenemos un criterio para hacerles las rebajas que necesiten los pacientes.” (Rosa, 52 años, trabajadora social)

Una forma de confirmar el estrato social al que pertenecen las personas viviendo con VIH es mediante la realización de visitas domiciliarias; estas están comprendidas entre las tareas de las trabajadoras sociales. La importancia de la visita domiciliaria radica no sólo en que es un criterio para establecer el estrato socioeconómico del paciente sino también en que ella les permite confirmar el domicilio del mismo para poder buscarlo en caso de abandono del TARGA.

En cuanto a las otras quejas existentes tales como la manipulación ejercida por los pacientes o el hecho de que se aprovechen de la confianza que se les da, estas no son canalizadas hacia las personas viviendo con VIH; ellas suelen quedarse en el ámbito del personal de salud siendo objeto de comentarios internos. Por ello, los pacientes no conocen que estas actitudes generan malestar en el personal de salud, lo que impide que se inicie un cambio en las mismas.

Por otro lado, en los casos de personas viviendo con VIH en estado de abstinencia, bajo el efecto de alcohol o drogas o de aquellos que son ladrones, la forma de solución pasa por llamar a seguridad o a la policía para que ellos se encarguen de retirar a dicha persona de la estrategia.

Respecto a los problemas existentes desde las personas viviendo con VIH hacia el personal de salud, el de mayor importancia radica en el desabastecimiento de medicinas pertenecientes al TARGA. Aquellas personas viviendo con VIH que cuentan con recursos económicos suficientes suelen simplemente comprar las medicinas por su propia cuenta. Aquellos –la gran mayoría- que no poseen suficientes recursos económicos se ven obligados a desarrollar otro tipo de estrategias.

Una de las estrategias puesta en práctica es la realización de actividades sociales mediante las cuales se busca recaudar dinero para poder comprar los medicamentos. Esto es, se organizan eventos y se venden entradas para los mismos como forma de conseguir dinero.

Otra estrategia consiste en buscar gente a la que le sobre medicina; esta situación puede deberse a un cambio de esquema del TARGA o al fallecimiento de la persona. También se suelen recurrir a préstamos de medicina, se busca a aquellos que posean medicamentos para un tiempo prolongado a fin de que pueda prestar la medicina necesaria y, cuando se restablezca la entrega de medicamentos en el Hospital, devolverle. Otra opción es recoger sólo una parte de la medicina necesaria y luego – cuando ya exista disponibilidad de la misma- recoger la parte faltante. La desventaja de esta opción es que ello implica ir dos o más veces al Hospital en lugar de sólo una, y por lo tanto significa una mayor pérdida de tiempo.

“(…) los pacientes empiezan a hacer como una bolsa económica, para que en un momento de escasez empiecen a comprar su medicina para un mes, que es lo que más ha durado el desabastecimiento. Otros empiezan a juntarse entre ellos y hacer círculos, que conocen a alguien o que ya cambio de terapia y le sobran medicinas o que ya falleció y le sobraron las medicinas para tratar de conseguir.” (Eduardo, 40 años, médico)

Tal como se menciona en la cita, otra estrategia realizada por las personas viviendo con VIH es hacer una junta de dinero que permita comprar los medicamentos necesarios en caso exista desabastecimiento de los mismos en el Hospital.

Otra posibilidad pasa por escribir una carta al jefe del Servicio de Infectología o al director del Hospital a fin de que solicite los medicamentos al MINSA o realizar marchas de protesta al interior del Loayza para llamar la atención sobre el problema. Asimismo también se ha recurrido al préstamo de medicina de otros hospitales.

“Nosotros los líderes y consejeros del programa de VIH, tratamos de ayudarlos para que no dejen de tomar un día. Dejar de tomar un día, significa mucho en realidad, sabemos que a la larga va a hacer resistencia, así digan “pero es un día”. Sabemos, es nuestra responsabilidad y debemos preocuparnos de conseguir como sea, comprarlos, conseguir como sea el medicamento que nos toca tomar por esos días en que falta.” (Santiago, 50 años, persona viviendo con VIH)

Ahora bien, también se mencionan acciones realizadas externamente al Loayza en sí, que han sido ejecutadas a fin de ejercer presión para obtener la medicación. Estas constan de un intento de marcha –no se llegó a concretar- y de una carta dirigida al MINSA.

“Primero sí, si había un tiempo que depende del... por eso nosotros queríamos hacer una marcha o algo que se nos presentara para poder ir... porque no había [medicina del TARGA] (...). [En cuanto a la solución] Yo tenía que prestar a una, a otra amiga así corriendo... yo buscaba porque no dejaba de tomar.” (Mary, 50 años, persona viviendo con VIH)

En la cita se habla del desabastecimiento de medicinas como un hecho perteneciente al pasado lejano (“había un tiempo”); no obstante, debe recordarse que el personal de salud reconoció haber tenido problemas de desabastecimiento durante el año 2009. Por lo tanto, es una situación no lejana a las personas viviendo con VIH que actualmente reciben TARGA en la Estrategia.

De otra parte, cuando los problemas son por malos tratos de parte del personal de salud –tales como discriminación, poco tiempo de consulta, entre otros-, se aplican otras estrategias sumadas a algunas de las mencionadas anteriormente. En primer lugar debe resaltarse que se considera que la mejor manera de evitar el maltrato –o el supuesto maltrato- es cumpliendo las normas establecidas por la Estrategia.

“Como te repetí hace un momento, el personal de TARGA [en referencia a los que laboran en la ESNPC ITS/VIH y SIDA del HNAL] tiene unas normas y tú tienes que respetar. Si te dicen “vienes tal fecha” tienes que respetar. Si nosotros no vamos, nos castigan; pero eso no es un castigo, sino una enseñanza para nosotros ser responsables con nuestro tratamiento.” (Santiago, 50 años, persona viviendo con VIH)

En efecto; se afirma que, si bien es cierto que el personal de salud –en algunos casos- toma “represalias” contra las personas viviendo con VIH (“nos castigan”), éstas están normadas por los procedimientos de trabajo de la Estrategia. Por tanto, no constituyen una decisión arbitraria –y por ende, un maltrato- sino una aplicación de una sanción por el incumplimiento de parte de la persona viviendo con VIH.

En los casos verídicos de malos tratos para con las personas viviendo con VIH la acción más recurrente consiste en hablar con aquel miembro del personal de salud que

incurrió en el maltrato o con el jefe del Servicio de Infectología. También existe la posibilidad de realizar una denuncia formal del mismo o –en la vía informal- realizar una carta de queja y recoger firmas de una cantidad considerable de personas viviendo con VIH.

Algunas personas viviendo con VIH entrevistadas mencionan la existencia de un “teléfono de quejas” en el cual se puede denunciar casos de discriminación, maltrato o mala atención de parte del personal de salud.

“Yo creo que hay un teléfono del hospital donde te puedes quejar de algún maltrato de un doctor, una enfermera. Pero no lo tengo. (...). [Respecto al uso de este teléfono por parte de otras PVVIH] No, no he escuchado. (...). [Respecto a la forma de averiguar el número de teléfono al cual se debe llamar] A informes iré, ¿no?” (Walter, 39 años, persona viviendo con VIH)

Tal como se puede ver en la cita, se desconoce si este mecanismo realmente existe o si su existencia es sólo un rumor. No obstante, se conoce que la forma de comprobar la duda anterior –preguntando en informes-. Esto demuestra que las personas viviendo con VIH entrevistadas no tienen interés en realizar una denuncia formal mediante este sistema, esto probablemente debido al temor a ser identificados como denunciantes y así, arriesgarse a perder el acceso al TARGA. Por otro lado, esta actitud también puede deberse a la poca confianza existente en los mecanismos formales de reclamo, por lo que se opta por otras estrategias percibidas como menos formales pero más eficientes.

Estas otras estrategias consisten en denunciar el maltrato recibido o en escribir una carta al director del Servicio de Infectología. Ahora bien, algunas personas viviendo con VIH mencionan también que un paso para la solución de los problemas es hablar con el delegado del GAM (Grupo de Ayuda Mutua) a fin de que actúe como intermediario frente al personal de salud.

“Creo que nosotros, como organizaciones y grupos formales [en referencia al GAM] estamos para eso. Para trabajar, para que nuestros hermanos de sangre aprendan a diferenciar el trato del maltrato. Porque si yo quiero que me respeten, tengo que respetar el espacio de los profesionales. Y como persona, debo saber respetar las normas de la institución a dónde yo voy.” (Santiago, 50 años, persona viviendo con VIH)



El entrevistado es el delegado elegido del GAM en el periodo de investigación. Tal como se puede apreciar en la cita, son los dirigentes del GAM los que más insisten en el respeto mutuo desde y hacia el personal de salud y las personas viviendo con VIH. No obstante, este respeto mutuo suele llegar al punto en el que toda la responsabilidad recae sobre las personas viviendo con VIH, esto debido a la idealización existente de los médicos de la Estrategia, a la culpa sentida por poseer el VIH y al hecho de no considerarse receptores de un derecho sino beneficiarios de un favor. Todo esto configura que las personas viviendo con VIH que se atienden en la Estrategia se auto inculpen de los malos tratos recibidos en la Estrategia.

En conclusión, las estrategias comunicacionales de mayor uso implican la simple comunicación persona a persona entre personal de salud y personas viviendo con VIH – en todas sus variables-. Esta implica la existencia de, por lo menos, un grado mínimo de confianza entre los interlocutores a fin de que las demandas puedan ser claramente expresadas.

Otra estrategia de acceso al TARGA en momentos de escasez de medicamentos consiste en prestarse medicina de otras personas viviendo con VIH; esta, al igual que la acción anterior, implica una mediación persona a persona, en este caso específico en la variable persona viviendo con VIH frente a persona viviendo con VIH.

Otra de las estrategias informales implica la realización de plantones o marchas ya sea al interior del HNAL o en espacios externos al mismo tales como los exteriores del MINSA. Ambas formas implican una movilización colectiva de las personas viviendo con VIH a fin de conseguir el logro de sus objetivos.

En cuanto a las estrategias formales estas pasan por la denuncia formal bajo los parámetros establecidos por el Hospital y el envío de cartas firmadas por un grupo de personas viviendo con VIH ya sea al jefe del servicio de infectología o al director del Hospital. En el primer caso es una estrategia personal mientras que en el segundo, consiste en una estrategia colectiva.

Así, a continuación listo las diversas estrategias utilizadas al interior de la Estrategia:

- 1) Marcas al interior del Hospital Loayza
- 2) Prestarse medicina de otras personas viviendo con VIH
- 3) Carta al MINSA
- 4) Carta al director del Servicio de Infectología
- 5) Marchas al MINSA
- 6) Hablar con el personal de salud que ha brindado una mala atención
- 7) Hablar con el director del Hospital Loayza
- 8) Presentar una denuncia formal
- 9) Hablar con el delegado del GAM para solicitarle que interceda

Las estrategias presentadas anteriormente se aplican básicamente frente a casos de maltrato de parte del personal de salud o de falta de medicamentos del TARGA. No obstante, existen otros problemas de comunicación existentes al interior de la Estrategia. Muchos de estos problemas no son tomados en cuenta ni por las personas viviendo con VIH ni por el personal de salud, en algunos casos incluso se desconoce la existencia del problema.

En primer lugar debe mencionarse que, tal como ya se ha visto, algunos de los problemas existentes desde el personal de salud para con las personas viviendo con VIH no son discutidos con estas últimas. Estos problemas quedan en el ámbito de la anécdota y simplemente se comentan internamente entre el personal de salud. Esto impide que se llegue a una solución adecuada de los mismos ya que las personas viviendo con VIH desconocen que existen dichos problemas.

Otro de los problemas desconocidos es la idealización de los doctores de la estrategia por parte de las personas viviendo con VIH. Esta idealización genera una diferencia implícita para las personas viviendo con VIH la cual impide una comunicación horizontal entre ambos actores. De este modo, se reproduce el esquema típico de comunicación en salud en el cual uno de los actores asume el rol de receptor pasivo mientras que el otro el de

emisor activo. Esta repartición de roles no es la más adecuada, ya que se busca que ambos sean interlocutores en un diálogo a fin de que la información necesaria pueda ser transmitida de la manera más horizontal, clara y directa posible.

Otro problema, relacionado íntimamente con el anterior, es el paternalismo existente de parte del personal de salud hacia las personas viviendo con VIH. Debido a diversas características de estas últimas -tales como su estado seropositivo, su bajo nivel educativo, su estrato socioeconómico- el personal de salud suele sentirse superior a ellas (esto también debido al rol que ejercen en la Estrategia). Este hecho genera la misma situación que la originada por la idealización de los doctores, la no existencia de una comunicación horizontal entre ellos y las personas viviendo con VIH.

Ahora bien, a pesar de la preparación del personal de salud para trabajar con personas viviendo con VIH, estos aún mantienen ciertos prejuicios tanto sobre el VIH como sobre las personas que lo poseen. Estos prejuicios generan la existencia de conductas discriminativas. Por otro lado estas mismas conductas discriminativas se reproducen desde el lado de las personas viviendo con VIH; es decir, existe una auto discriminación basada en la vergüenza por tener el VIH y por haber tenido –o tener aún- conductas de riesgo. Esta situación complementaria genera que la comunicación que se establece entre ambos se vea afectada por los mencionados prejuicios y por la vergüenza existente de parte de las personas viviendo con VIH

Asimismo, esta vergüenza en las personas viviendo con VIH genera en ellas una grave dificultad para informar a su familia sobre su condición de seropositividad y/o sobre su orientación sexual (esto último en caso que no sean heterosexuales o que hayan mantenido relaciones sexuales con personas de su propio sexo a pesar de considerarse heterosexuales). Esta dificultad genera complicaciones al momento de seleccionar un agente de soporte –necesario para ingresar al TARGA- lo que puede demorar el ingreso de la persona viviendo con VIH al TARGA y, en la mayoría de los casos, constituye una barrera que limita una adecuada transmisión de la información tanto del personal de salud hacia la persona viviendo con VIH como viceversa.

De este modo, las estrategias comunicacionales aplicadas por las personas viviendo con VIH se convierten en la forma de acceder al tratamiento y por lo tanto son las que posibilitan, finalmente, el salvar su vida.



## 8. Conclusiones

El VIH es un virus que, debido a la forma en que se transmite, se encuentra fuertemente ligado a la sexualidad. Ella es entendida como una construcción social, en efecto en cada contexto social existen formas aceptadas y formas no admitidas de practicar la sexualidad. De este modo, las prácticas culturales rodean la conducta sexual y su aceptación varía de un contexto a otro. Como se ha visto, en el Perú poseer VIH se encuentra ligado –en el imaginario de la mayoría de las personas- a tener conductas sexuales no aceptadas, lo que genera patrones de discriminación y exclusión.

La discriminación a las personas viviendo con VIH en el Perú se basa en el temor que genera la enfermedad y en el rechazo a las supuestas conductas sexuales fuera de la normal que tienen estas personas. Así, las personas viviendo con VIH son estigmatizadas y, por lo tanto, vistas como seres inferiores. Este rechazo y estigmatización genera que las propias personas viviendo con VIH lo interioricen y desarrollen así un sentimiento de culpa por poseer este virus, derivando finalmente en una autoexclusión.

Una consecuencia, de suma importancia para la presente tesis, de la discriminación y el estigma que sufren las personas viviendo con VIH es la creación de relaciones conflictivas. Esto se da así debido a que no se ve a estas personas como un interlocutor igual a uno sino que se les denigra considerándolas de una categoría inferior.

Así, el conflicto en esta tesis es visto de acuerdo a Simmel como una forma de socialización. Ello debido a que es básicamente una interacción –requiere dos personas para ser llevado a cabo-. Asimismo, el conflicto no es intrínsecamente negativo sino que también posee aspectos positivos. Se entiende el conflicto como una diferencia que finalmente genera una unidad, este paso a la unidad puede darse de forma pacífica o violenta.

El VIH es entendido a nivel mundial como el principal problema de salud pública, ello debido a que sus consecuencias trascienden el ámbito de la salud y llegan al económico y social. En efecto, en los países más afectados por el VIH este genera una

fuerte disminución de su población económicamente activa lo que se traduce en problemas económicos para el país. Asimismo, lo social se encuentra íntimamente ligado al VIH por lo que sus efectos también se sienten en este ámbito.

Esta cercanía a lo social y a la cultura propia de cada zona genera que existan muchos tabúes alrededor del VIH. Este es visto como una enfermedad básicamente de personas con una conducta sexual desviada de la norma, por ejemplo: hombres que tienen sexo con hombres, prostitutas, personas con una vida sexual promiscua, usuarios de drogas, entre otros. Así, se considera a la pandemia de VIH en el Perú como una pandemia concentrada. Si bien es cierto que la mayoría de personas viviendo con VIH en nuestro país son hombres que tienen sexo con hombres, la tendencia actual es la juvenilización y feminización del VIH. Cada vez existe un mayor número de casos de mujeres contagiadas por sus parejas sentimentales; de este modo se habla de una heterogeneización del VIH.

Esta idea del VIH como una pandemia concentrada conduce a la invisibilización de la población en general. Esto ocasiona que los esfuerzos de prevención, control y demás elementos relacionados al derecho a la salud, y particularmente al VIH, no estén dirigidos a la población en general sino centrados en los mal llamados “grupos de riesgo”.

Ahora bien, el derecho a la salud es un derecho positivo ya que requiere de la realización de una acción positiva a fin de garantizar su cumplimiento. Así, no basta con no poner trabas al curso natural, tal como sucede por ejemplo con el derecho al libre pensamiento o a la libre expresión; sino que es necesario que se realicen un conjunto de acciones –tales como construcción de infraestructura, capacitación de personal, entre otros- que garanticen que este se lleve a cabo de manera adecuada superando la discriminación y el estigma existente en la sociedad.

### **7.1. La adecuación al Hospital Loayza**

El personal de salud de la Estrategia está conformado por enfermeras, médicos infectólogos, trabajadoras sociales y una psicóloga. Entre ellos generan una división en

dos categorías, aquellos que trabajan en el Hospital por el cariño que le tienen y aquellos que trabajan ahí solo por lucrar. Así, se genera un sentimiento de superioridad simbólica de parte de los pertenecientes al primer grupo, quienes además son los que llevan mayor tiempo trabajando en el Hospital. Ellos también poseen una tendencia al patrimonialismo, considerándose dueños de la Estrategia y, por lo tanto, obrando según lo que ellos consideran correcto y no necesariamente según las normas establecidas por el Ministerio de Salud.

En líneas generales todo el personal de salud posee pocas o nulas posibilidades de obtener empleo en el ámbito privado; esto debido a que poseen pocos contactos en dicho ámbito y a que su formación profesional y trabajos anteriores –en caso los tengan- se han realizado enfocados en el ámbito público. De este modo, se aferran al Hospital Loayza ya que este se convierte en un bien limitado debido a que poseen pocas probabilidades de obtener otro empleo igual o mejor.

Por ello, el personal de salud entra en contradicciones al momento de describir el Hospital, se afirma que es un hospital de prestigio y renombre, llegando incluso a calificarlo como el hospital más importante del Perú; no obstante también se resalta la falta de infraestructura adecuada, insumos necesarios y el hacinamiento existente. Estas contradicciones se dan probablemente debido al punto de comparación que se toma al hablar del Hospital Loayza; así, si se lo compara con clínicas particulares la calidad de la atención y el servicio brindado en el Hospital resulta inferior, no obstante puede ser mejor al brindado en otros hospitales nacionales

Por otro lado, dentro del Hospital Loayza se da poca importancia a la Estrategia. Esto se ve reflejado en la inadecuada infraestructura con la que cuenta; en efecto el espacio con el que cuenta la Estrategia se encuentra compartido con otros servicios. Esta inadecuada infraestructura ocasiona hacinamiento, lo que desemboca en el contagio de enfermedades. Asimismo, no existe un pabellón de hospitalización exclusivo para la Estrategia, lo que genera que aquellas personas viviendo con VIH que necesitan internamiento tengan que esperar por una cama desocupada en otras áreas del Hospital.

La Estrategia se encuentra saturada de personas viviendo con VIH que ahí se atienden. Esta saturación ocasiona demora en la atención y, al mismo tiempo, rapidez en el tiempo de consulta, es decir, se demoran en atenderlos pero una vez en la cita de

atención el tiempo dado a cada paciente les resulta insuficiente. Debido a que en el tema del VIH se incluyen no sólo factores clínicos y virológicos sino también sociales, económicos, familiares, emocionales, entre otros; las citas de atención no pueden ser de corta duración ya que en ellas es necesario que la persona viviendo con VIH se expone a fin de que el personal de salud tenga un panorama integral de su situación, esta es una situación que no se cumple en el Hospital.

Estos problemas generan que el personal de salud opte por la adecuación a lo que el Hospital ofrece, tanto en términos de infraestructura como de insumos existentes en él. Esta adecuación se aplica también a los criterios de calidad de servicio, así, tal como se ha visto, no se aplica exactamente lo planteado en las normas técnicas de atención dadas por el Ministerio de Salud sino que estas normas también son adecuadas a la realidad del Hospital y las posibilidades que el mismo ofrece.

En efecto, dichas normas son elaboradas por personas con escaso conocimiento de la situación real de los hospitales nacionales; es por esta razón que no pueden ser cumplidas a cabalidad en el Hospital Loayza. Por otro lado, son generales a todas las enfermedades y no toman en cuenta particularidades específicas de cada enfermedad tales como las del VIH; así, se establece la atención de cuatro pacientes por hora, sin embargo en el caso del VIH las atenciones no pueden darse de manera tan rápida y requieren de mayor tiempo de consulta a fin de desarrollar una relación comunicacional de confianza entre el personal de salud y las personas viviendo con VIH y así lograr conocer las actitudes y comportamientos reales de estas últimas y modificar aquellos que puedan comprometer su salud.

## **7.2. Idealización del personal de salud: comunicación no horizontal**

La atención en la Estrategia no se brinda siguiendo al pie de la letra los criterios planteados en las normas técnicas del MINSA. Esto debido tanto a los propios criterios de los médicos que ahí laboran –que son finalmente quienes conocen la real situación tanto de las personas viviendo con VIH como de la Estrategia en sí- como a las posibilidades de atención brindadas por la Estrategia en el sentido de infraestructura, insumos, cantidad de pacientes, entre otros.



De este modo, los criterios de ingreso al TARGA –tanto virológicos como sociales– quedan finalmente a libre disposición del personal de salud que labora en la Estrategia. Si bien las normas técnicas planteadas por el MINSA establecen ciertos márgenes y criterios, estos no son necesariamente tomados en cuenta y el ingreso al TARGA se define finalmente en base a la percepción del personal de salud. Si este considera que la persona viviendo con VIH puede/debe ingresar al TARGA, así se hace. En caso contrario, se retrasa su entrada al TARGA.

Como ya se ha descrito, en la Estrategia se atiende a un mayor número de personas viviendo con VIH de las que está en capacidad. Esto genera una despersonalización tanto de la atención como de las propias personas viviendo con VIH. Ellas pasan a ser vistas como un colectivo con características generales atribuibles a todos y todas en lugar de tomar en cuenta las características propias de cada paciente. Esto genera que la comunicación con ellas se base en percepciones comunes y prejuicios sobre este grupo de personas más que sobre características personales de cada una de ellas.

Esta gran cantidad de pacientes genera que en la Estrategia no exista un ambiente de confidencialidad. Esto ocurre debido a la mala infraestructura y al hacinamiento existente en la misma; de este modo, se vulnera la privacidad de las personas viviendo con VIH ya que sus consultas se ven abruptamente interrumpidas por otras personas viviendo con VIH o, debido a la insuficiente infraestructura y por lo tanto, a las adecuaciones que se han tenido que realizar a la misma, lo comentado en un “consultorio” se puede escuchar en otro. De este modo, se genera un ambiente de no confidencialidad que impide una comunicación adecuada entre las personas viviendo con VIH y el personal de salud

Asimismo, debido a las características propias de las personas viviendo con VIH y a que, debido al VIH, la única posibilidad que poseen para continuar con su vida es la de recibir el TARGA gratuitamente tal como ocurre en la Estrategia, las personas viviendo con VIH que ahí se atienden idealizan a los médicos de la misma. Esto debido a que ellos se constituyen en la puerta de acceso al tratamiento que les permite continuar con su vida. Asimismo, también monopolizan al personal de salud de modo tal que sólo desean ser atendidos por “su” médico. Así, se ve a los médicos como un bien personal

compartido debido a que no sólo llevan su caso sino también el de otras personas viviendo con VIH.

Esto genera que las personas viviendo con VIH busquen justificar –de una u otra manera- las actitudes negativas que el personal de salud pudiera tener y por ello, que la descarga de la mayoría de quejas se realicen con las enfermeras ya que ellas constituyen la cara visible de la Estrategia mientras que los doctores aparecen como seres divinizados en el interior de sus consultorios. De este modo se genera un espacio de comunicación en el que no se establece una relación horizontal con los doctores debido a su status creado por las propias personas viviendo con VIH.

### **7.3. La precariedad de la ciudadanía en salud en el caso del VIH**

Las personas viviendo con VIH que se atienden en la Estrategia pertenecen a sectores socioeconómicos bajos. De este modo, poseen un nivel educativo que en la mayoría de casos no supera la secundaria completa; habitan, generalmente, en zonas urbano marginales y poseen trabajos independientes sin un ingreso ni horario fijo. Esta situación de pobreza se ve acrecentada con el diagnóstico del VIH ya que este genera, sobre todo en un primer momento, invertir tiempo en la realización de exámenes lo que genera que sea tiempo en el que no se puede trabajar y por lo tanto acumular dinero. Asimismo, el pago por consulta es de S/. 8 soles que para las personas viviendo con VIH que se atienden en la Estrategia resulta una cantidad significativa difícil de conseguir.

Es aquí donde son de vital importancia las redes sociales, básicamente la familia. La relación con ella después de recibir el resultado VIH positivo y comunicárselo genera un shock al principio y luego se divide en dos variables: el rechazo del miembro viviendo con VIH o el apoyo y soporte. En estos últimos casos, la familia se constituye en un soporte no sólo psicológico - emocional sino también económico posibilitando al miembro viviendo con VIH realizarse las pruebas necesarias y permanecer en el TARGA.

Un problema que dificulta una comunicación horizontal entre personal de salud y personas viviendo con VIH es que estos últimos no son ciudadanos en salud, es decir, no se consideran usuarios de un derecho sino beneficiarios de un favor. Esta situación impacta directamente en su facultad de reclamar mejoras en la atención; ella se ve mermada debido a que se considera que sería un exceso pedir algo extra a lo que se les brinda. Del mismo modo, el personal de salud tampoco se considera el ente ejecutor de un derecho sino un simple prestador de un servicio.

De este modo, se puede concluir que no se considera a la atención en salud como un derecho sino que se le ve como la simple prestación de un servicio. Debido a que la atención en salud en el Hospital es gratuita o a un bajo costo, se considera que ella es un acto de bondad realizado por el Estado hacia las personas necesitadas.

Asimismo, la imposibilidad económica, de las personas viviendo con VIH que se atienden en la Estrategia, de acceder al TARGA mediante el pago del mismo genera en ellas temor a perder la posibilidad de obtenerlo gratuitamente. Esto también limita su capacidad de reclamo para la mejora del mismo.

Así, la relación comunicacional existente entre las personas viviendo con VIH y el personal de salud de la Estrategia es del tipo paternalista. Esto se ve reforzado por los roles ejercidos por cada una de las partes (médico vs. paciente) como por las características socioeconómicas y educativas de las personas viviendo con VIH.

Ahora bien, las personas viviendo con VIH suelen recurrir a la mentira a fin de pertenecer a la categoría de pobreza extrema; esto los beneficia en el hecho que les permite acceder a descuentos o exoneraciones en el pago de los exámenes y consultas. Asimismo, suelen recurrir a la auto victimización y a la manipulación por medio de su enfermedad a fin de obtener beneficios. Utilizan su estado de salud como excusa para generar compasión en el personal de salud y así obviar ciertos procedimientos o realizarlos de manera más rápida y verse así beneficiadas. Esta actitud es totalmente contraria a la preconización que estas mismas personas hacen sobre la no discriminación; afirman que buscan tener un trato igual al del resto de personas que no viven con VIH –esto incluye aspectos positivos y negativos- no obstante, ponen al VIH como medio para obtener beneficios.

De este modo, el precario ejercicio de la ciudadanía en salud se manifiesta tanto en la actitud de agradecimiento existente hacia el personal de salud y al hospital en general, como en el uso de estrategias que vulneran los derechos de otras personas a fin de obtener beneficios personales.

#### **7.4. La invariabilidad del escenario**

Tal como se ha visto, las personas viviendo con VIH suelen recurrir a mentiras e intentos de manipulación. Estas actitudes no son comunicadas a las personas viviendo con VIH lo que impide que se inicie la generación de un cambio en las mismas. En efecto, ellas simplemente se discuten entre el personal de salud pero no se socializan hacia quienes incurren en ellas por lo que las personas viviendo con VIH desconocen que dichas actitudes generan incomodidad en el personal de salud. Por otro lado, existen otros problemas de comunicación en la Estrategia que son desconocidos tanto por el personal de salud de la misma como por las personas viviendo con VIH que ahí se atienden. Este es el caso de la idealización de los doctores, la existencia de prejuicios en el personal de salud, entre otras.

Otra fuente de conflictos entre personas viviendo con VIH y personal de salud radica en las enfermeras rotativas. Ellas son transferidas cada cierto tiempo de un servicio a otro del Hospital. El problema reside en que no reciben una capacitación previa a la transferencia por lo tanto, en el caso particular de la Estrategia, no poseen conocimiento ni del VIH ni de la forma de trabajo en ella ni de la historia de vida de las personas que ahí se atienden. Esto genera que las personas viviendo con VIH las vean como un retraso para la Estrategia ya que desconocen los procedimientos de la misma, lo cual genera demora y pérdida de tiempo, y brindan información no certera sobre el VIH confundiendo así a las personas que ahí se atienden.

Por otro lado, existe una deformación de las percepciones de los servicios brindados por el Hospital. Debido a que las personas viviendo con VIH reciben un mal trato en los diversos servicios del Hospital a excepción de la Estrategia, este se normaliza. Así, el buen trato, a pesar de sus deficiencias, recibido en la Estrategia es visto como algo superior y se agradece el mismo, considerándose que no se puede exigir más. Esto

debido a la no ciudadanía en salud de las personas viviendo con VIH que ahí se atienden.

Esta característica y el agradecimiento frente a los médicos, sumado a las características propias de las personas viviendo con VIH generan esquemas comunicacionales con repartición de poder inequitativa. De este modo, no existe una relación comunicacional horizontal sino que el personal de salud ejerce el control sobre la misma. Esto no implica que la persona viviendo con VIH sea un simple receptor pasivo de la información brindada por el personal de salud más si que exista temor a discutir lo explicado.

Todo lo mencionado, sumado al temor existente a ejercer reclamos por parte de las personas viviendo con VIH genera que el ambiente de comunicación existente en la Estrategia se encuentre basado en la imposibilidad de generar un cambio de situación. Esto implica una comunicación que toma como punto de partida la invariabilidad del escenario, generando que los reclamos sean vistos como inútiles e incluso, innecesarios. Por ello, las personas viviendo con VIH prefieren optar por estrategias comunicacionales informales que generen un beneficio conciso e inmediato, aunque temporal, a estrategias formales que puedan generar un cambio a largo plazo ya que este se percibe como imposible.

Así, las estrategias comunicacionales se constituyen en el acceso al circuito que les permite a las personas viviendo con VIH salvar su vida mediante la recepción del TARGA. La puerta de acceso a dicho circuito es el personal de salud por lo que estas estrategias se orientan tanto a acceder a los medicamentos del TARGA como a la resolución de conflictos existentes con el personal de salud, quien es finalmente el que decide si la persona viviendo con VIH recibe el TARGA o no. De este modo se ponen en práctica diversas estrategias de acuerdo a lo que se desea obtener.

## 7.5. La calidez de la atención

El objetivo de la investigación es comprender la atención brindada por la Estrategia a las personas viviendo con VIH que ahí se atienden. Para ello se han analizado el cumplimiento de las normas técnicas planteadas por el MINSA, la calidad del servicio y la calidez del mismo.

El servicio de salud brindado en la Estrategia, en cuanto al cumplimiento de las normas técnicas planteadas por el MINSA, se mide a través de indicadores numerales fácticos concretos, esto es, categorías dicotómicas que miden la existencia o inexistencia de elementos considerados básicos para la realización del servicio. Así, los estándares indican que exista personal de salud capacitado, medicinas pertenecientes al TARGA, entre otros. Estos requisitos son cumplidos a cabalidad durante el periodo de trabajo de campo.

En un segundo nivel se pudo analizar el servicio brindado en la Estrategia a través de la calidad de los insumos que en ella se brindan a las personas viviendo con VIH. En este caso, la evaluación también resulta positiva ya que los medicamentos que se entregan son los adecuados, no se encuentran vencidos ni poseen ningún problema que impida su correcta utilización por parte de las personas viviendo con VIH.

No obstante, al analizar la calidez del servicio es que se denota que éste no es brindado adecuadamente. Este criterio se constituye en el principal problema comunicacional existente en la Estrategia, en efecto, la calidez de la atención denota la relación comunicacional existente entre personal de salud y personas viviendo con VIH. De este modo, se considera que la existencia de los estándares planteados por el MINSA y la calidad de los insumos brindados no son suficientes para asegurar una atención adecuada en la Estrategia. Siendo esta acción la que finalmente promueve o no la adherencia de las personas viviendo con VIH al TARGA, la cual es la finalidad última del servicio brindado en la Estrategia.

Brindar un servicio con calidez implica poner a las personas receptoras del mismo –en este caso las personas viviendo con VIH– como el factor central en la relación. (Ferrari y Díaz 2002) Esto implica tenerlas en cuenta de manera integral, incluyendo su historia personal, social y cultural, y su situación actual tanto como personas viviendo con VIH como en otras dimensiones igualmente importantes y de este modo, generar una proximidad afectiva que permita generar la confianza mutua necesaria lograr una

relación comunicacional tal que favorezca y garantice una adecuada atención en casos de VIH.

Por ello, la forma de evaluar la calidez es mediante estudios comunicacionales ya que ellos permiten apreciar la forma de interactuar entre las personas y así, describir y analizar la relación comunicacional que se da entre ellos y los diversos aspectos que la conforman.

De este modo, los problemas comunicacionales existentes afectan directamente la calidez del servicio lo que genera que este último no sea brindado de manera óptima y por lo tanto acarrea que las personas viviendo con VIH que se atienden en la Estrategia no se encuentren satisfechas con el mismo y así, se constituye en un factor limitante de la adherencia al TARGA.

En conclusión, las relaciones comunicacionales existentes entre el personal de salud y las personas viviendo con VIH en la atención brindada en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH/SIDA del Hospital Loayza, generan un sistema en el que el Estado no cumple a cabalidad con los derechos de sus ciudadanos y ellos, no reclaman la mejora de los mismos debido a su débil ciudadanía. Esto es así debido a que el propio Estado no muestra interés en brindar una adecuada educación ciudadana, en efecto, se crea un círculo vicioso en el que tanto personal de salud como personas viviendo con VIH no ejercen su ciudadanía a cabalidad y esto limita su posibilidad de reclamo frente a las falencias del Estado para cumplir cabalmente con sus derechos. De este modo, se puede hablar de una ciudadanía imaginada, en el sentido dado por Sinesio López. Esto es, “comunidades civiles (...) que se encuentran atrapadas entre un aparato jurídico que les reconoce universalmente sus derechos y una sociedad concreta y excluyente que no les brinda las garantías para que ejerzan esos derechos.” (Ojeda 2008).

## Bibliografía

### ACADEMIA DE DESARROLLO EDUCATIVO

- 1996 "Un mundo contra el SIDA: La comunicación para el cambio de comportamiento." En: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Modelos y teorías de comunicación en salud*. Washington, D.C.: División de Protección de la Salud. Organización Panamericana de la Salud.

ADIS, Gonzalo

1974 "La relación médico-paciente." *Revista de neuropsiquiatría*. Tomo 37, número 1, pp. 44-56.

ANTELA, Antonio

2004 *Manual de capacitación en el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/SIDA para equipos de atención primaria y comunitarios en Latinoamérica y el Caribe*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

BAYÉS, Ramón

2006 *Afrontando la vida, esperando la muerte*. Madrid: Alianza editorial.

CÁCERES, Carlos.

2002 "Epidemiología de la infección por VIH entre los hombres que tienen sexo con hombres en América Latina y el Caribe: Situación actual y recomendaciones para la vigilancia epidemiológica." En: CÁCERES, Carlos y otros. *SIDA y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción. Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo*. Lima: UPCH/ONUSIDA. Pp. 25 – 55. Consulta: 23 de junio de 2008.

[http://www.ciudadaniasexual.org/publicaciones/SIDA\\_y\\_sexo\\_entre\\_hombres.pdf](http://www.ciudadaniasexual.org/publicaciones/SIDA_y_sexo_entre_hombres.pdf)

CÁCERES, Carlos y otros

2006 *Sexualidad, estigma y derechos humanos. Desafíos para el acceso a la salud en América Latina*. Lima: FASPA / UPCH. Consulta: 17 de diciembre de 2009.

<http://www.ciudadaniasexual.org/publicaciones/IIreunion.htm>



CADARSO, Luis

2001 *Fundamentos teóricos del conflicto social*. Madrid: Siglo XXI de España Editores. Consulta: 22 de mayo de 2009.

<<http://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=KHu87gj4kh8C&oi=fnd&pg=PP11&dq=conflicto+social&ots=MsFVqXO6dt&sig=vfkioV6ABUMcqmuRQmDuWaaRQwU#v=onepage&q=&f=false>>

CARE PERÚ

2003 *Propuesta técnica al Banco Mundial del Componente VIH para el Programa “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú”*. Lima. Consulta: 23 de junio de 2008.

<<http://www.care.org.pe/Websites/FondoMundial/FORTALECIMIENTO/pdfs/Propuesta%20en%20español.pdf>>

2009 *Programas y proyectos por prioridad programática*. Lima. Consulta: 10 de octubre de 2010.

<<http://www.care.org.pe/programas/salud/salud.htm>>

CASTRO, Roberto y Mario, BRONFMAN

1995 “Investigación cualitativa en salud y reproducción. El caso de Ocuituco.” En: NIGENDA, Gustavo. *Métodos cualitativos para la investigación en salud pública*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 53 – 68.

CAMPOS, Julia

1994 *Conocimientos y actitudes sobre el VIH/SIDA en profesionales de la salud en el Hospital Sanidad Policía Nacional*. Lima: COPRECOS. Consulta: 10 de septiembre del 2009.

<[http://coprecosperu.com/estu\\_invest\\_conocimientos\\_actitudes.pdf](http://coprecosperu.com/estu_invest_conocimientos_actitudes.pdf)>

CONAMUSA, MINISTERIO DE SALUD, ONUSIDA, PROYECTO VIGIA.

2006 *Plan Estratégico Multisectorial 2007 - 2011 para la Prevención y Control de las ITS y VIH/SIDA en el Perú*. Lima. Consulta: 25 de abril de 2010.

<[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_132643.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_132643.pdf)>

CORCUERA, Ricardo, Catalina HIDALGO y Alicia QUINTANA

2006 *Exigibilidad del derecho a la salud. Acceso a atención, tratamiento e insumos en salud sexual y reproductiva y VIH-sida.* Lima: Consorcio de investigación económica y social. Observatorio del derecho a la salud. Consulta: 6 de junio de 2008.

< <http://cies.org.pe/files/active/0/DyP22.pdf> >

COSER, Lewis

1970 *Nuevos aportes a la teoría del conflicto social.* Buenos Aires: Amorortu.

COSTA, María Victoria.

2008 “El manejo de la información médica: el consentimiento informado y la confidencialidad.” En: LUNA, Florencia y Arleen SALLES. *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos.* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

CRESWELL, John

1997 *Qualitative inquiry and research design.* Thousand Oaks: Sage.

CUETO, Marcos

2002 “Culpa y coraje. Historia de las políticas sobre el VIH/SIDA en el Perú.” *Economía y Sociedad.* Lima, 2002, Número 44, pp. 22 – 26.

DATYE, Vinita y otros

2006 “Private practitioners’ communications with patients around HIV testing in Pune, India.” *Health Policy and Planning.* Oxford, 2006, Vol. 21, pp. 343 – 352.

Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA

2007 *Lineamientos de política sectorial en ITS, VIH y SIDA.* Lima: Ministerio de Salud del Perú

2009 *Infección de Transmisión Sexual y SIDA.* Lima. Consulta: 25 de abril de 2010.

< [http://www.minsa.gob.pe/portada/est\\_san/vih.htm](http://www.minsa.gob.pe/portada/est_san/vih.htm) >

Dirección General de Salud de las Personas – Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA y el Proyecto Vigía

2006 *Guía Nacional de Consejería en ITS/VIH y el SIDA*. Lima: Ministerio de Salud del Perú. Consulta: 9 de septiembre de 2009.  
<[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/03esn/03itssida/Guias/GuiaNacionalConsejeriaITS\\_VIH.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/03esn/03itssida/Guias/GuiaNacionalConsejeriaITS_VIH.pdf)>

DISA V LIMA CIUDAD Oficina de Epidemiología

2009 *Reporte Epidemiológico*. Lima. Consulta: 5 de octubre de 2010.  
<[http://www.disavlc.gob.pe/portal/index2.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=585&Itemid=34](http://www.disavlc.gob.pe/portal/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=585&Itemid=34)>

EsSalud – Oficina de Relaciones Interinstitucionales

2010 *Trabajadores que no están en planilla podrán inscribirse a EsSalud Independiente vía internet*. Lima: Essalud. Consulta: 26 de agosto de 2010.  
<<http://www.essalud.gob.pe/noticiasframe.php?id=69>>

Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos

2009 *Farmacología Médica. Antirretrovirales y el tratamiento de la infección por el VIH*. Lima. Consulta: 4 de septiembre del 2009.  
<<http://medicina.unmsm.edu.pe/farmacologia/0032%20Trat%202.html#1>>

FERRARI, María Cristina y Eduardo DÍAZ

2002 “Calidad + calidez: fórmula de éxito de las organizaciones de salud”. Ponencia presentada en el XV Congreso de Latinoamericano de Estrategia. Montevideo. Consulta: 7 de septiembre de 2010.  
<<http://www.facinter.br/revista/numeros/MariaCArgentina.doc>>

FRASCA, Tim

2002 “Lecciones aprendidas de las actividades y programas para la prevención del SIDA entre hombres con prácticas homosexuales.” En: CÁCERES, Carlos y otros. *SIDA y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción. Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo*. Lima: UPCH/ONUSIDA. Pp. 139 – 165. Consulta: 23 de junio de 2008.  
<[http://www.ciudadaniasexual.org/publicaciones/SIDA\\_y sexo entre hombres.pdf](http://www.ciudadaniasexual.org/publicaciones/SIDA_y sexo entre hombres.pdf)>

FUENTES, Fernando

2009 *El origen de la infección del VIH en humanos. Científicos tras los primeros pasos del virus del SIDA*. Buenos Aires. Consulta: 12 de agosto de 2010.

<[http://investigacionmedica.suite101.net/article.cfm/el\\_origen\\_de\\_la\\_infeccion\\_por\\_vih\\_en\\_humanos](http://investigacionmedica.suite101.net/article.cfm/el_origen_de_la_infeccion_por_vih_en_humanos)>

GLANZ, Karen y Otros.

- 1996 "Teorías de un vistazo: Guía para la práctica de la promoción de la salud" En: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Modelos y teorías de comunicación en salud*. Washington, D.C. : División de Protección de la Salud. Organización Panamericana de la Salud.

GOFFMAN, Erving

1972 *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.

1995 *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

GRMEK, Mirko

2004 *Historia del SIDA*. México DF: Siglo XXI.

GUAJARDO, Gabriel

2002 "Contexto sociocultural del sexo entre varones." En: CÁCERES, Carlos y otros. *SIDA y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción. Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo*. Lima: UPCH/ONUSIDA. Pp. 57 – 79. Consulta: 23 de junio de 2008.

<[http://www.ciudadaniasexual.org/publicaciones/SIDA\\_y\\_sexo\\_entre\\_hombres.pdf](http://www.ciudadaniasexual.org/publicaciones/SIDA_y_sexo_entre_hombres.pdf)>

HEGGENHOUGEN, H K

1995 "Antropología y salud pública más allá de las medidas cuantitativas." En: NIGENDA, Gustavo. *Métodos cualitativos para la investigación en salud pública*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 11 – 15.

Hospital Nacional Arzobispo Loayza

2007 *Historia*. Lima. Consulta: 17 de noviembre de 2009.

<<http://www.hospitalloayza.gob.pe/phistoria.php>>

2007 *Pasos para ser atendido*. Lima. Consulta: 26 de agosto de 2010.  
<<http://www.hospitalloayza.gob.pe/pservicios.php>>

Instituto Nacional de Estadística e Informática

2010 *Condiciones de vida en el Perú. Enero, Febrero, Marzo 2010*. Lima. Consulta: 26 de agosto de 2010.  
<<http://www.inei.gob.pe/web/Boletin/Attach/10825.pdf>>

International Council of AIDS Service Organizations (ICASO)

2005 *Perú In-Country Monitoring and Evaluation Report on the Implementation of the UNGASS Declaration of Commitment*. Lima: Vía Libre. Consulta: 7 de noviembre de 2009.  
<[http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006\\_country\\_progress\\_report\\_peru\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_peru_es.pdf)>

Janssen-Cilag S.A.

2010 *Efectos secundarios más comunes*. España. Consulta: 9 de noviembre de 2010.  
<[http://www.infosida.es/bgdisplay.jhtml?itemname=common\\_drug\\_side\\_effects](http://www.infosida.es/bgdisplay.jhtml?itemname=common_drug_side_effects)>

JONES, Daniel, Hernán MANZELLI y Mario PECHENY

2004 "La teoría fundamentada: su aplicación en una investigación cotidiana con VIH/sida y con hepatitis C" en: KORNBLIT, Ana Lía. *Metodologías cualitativas: modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires: Biblos.

KORNBLIT, Ana Lía y MENDES, Ana María

2000 "Las "lógicas" del amor en relación con la prevención del contagio del VIH/sida." En: *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*. Buenos Aires. 2000. Vol. 46, número 1. Pp. 23 – 32.

KUSUNOKI, Lourdes

2003 *Acceso a la atención integral de las personas viviendo con VIH/SIDA*. Lima: Foro Salud: Consorcio de Investigación Económica y Social.

LIGUORI, Ana Luisa y Miguel Ángel GONZÁLEZ

1995 “Riesgo de contagio de SIDA entre los trabajadores de la construcción en México.” En: NIGENDA, Gustavo. *Métodos cualitativos para la investigación en salud pública*. México: Instituto Nacional de Salud Pública

LÓPEZ, Julián

2004 “El mundo al revés: sobre ladinos que quieren ser mayas en Guatemala.” *Amérique Latine Histoire et Mémoire. Les Cahiers ALHIM*. Consulta: 29 de agosto de 2010.

<<http://alhim.revues.org/index117.html>>

MANZELLI, Hernán y Mario PECHENY

2002 “Prevención del VIH/SIDA en "hombres que tienen sexo con hombres".” En: CÁCERES, Carlos y otros. *SIDA y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción. Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo*. Lima: UPCH/ONUSIDA.

MARCHANT, Jaime

2004 *La discriminación*. Santiago de Chile. Consulta: 5 de octubre de 2010.

<[http://latinamerica.dpi.org/8MARCHANTJAIME-LADISCRIMINACION\\_001.doc](http://latinamerica.dpi.org/8MARCHANTJAIME-LADISCRIMINACION_001.doc)>

Ministerio de Salud del Perú

2004 *Norma Técnica para el Tratamiento de Gran Actividad -TARGA en Adultos Infeccionados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana*. NT N° 2004-MINSA/DGSP-V.02. 3 de febrero.

2004 *Plan de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA 2005 - 2009*. Consulta: 25 de abril de 2010.

<[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/03esn/03itssida/PlanEstrategicoESN\\_VIH\\_SIDA.doc](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/03esn/03itssida/PlanEstrategicoESN_VIH_SIDA.doc)>

2006 *Los primeros dos años de Acceso Universal al tratamiento antiretroviral en el Perú*. Lima: Ministerio de Salud del Perú. Consulta: 12 de agosto de 2010.

<[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/03esn/03itssida/ATRetroviral/ATR\\_HojasPreeliminables2.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/03esn/03itssida/ATRetroviral/ATR_HojasPreeliminables2.pdf)>

- 2006 *CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD. RM No. 769-2004/MINSA* [diapositivas]. Lima: Ministerio de Salud del Perú. Consulta: 26 de agosto de 2010.  
<<http://xa.yimg.com/kq/groups/16298323/1733843542/name/Categorizacion+minsa.ppt>>
- 2008 *Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control De IIS, VIH y SIDA.* [diapositivas] Lima: Ministerio de Salud del Perú. Consulta: 12 de agosto de 2010.  
<[http://www.digemid.minsa.gob.pe/daum/acceso/V%20Reuni%C3%B3n%20Nacional%20de%20Evaluaci%C3%B3n%20SISMED%202007%20\(Evento\)/Presentaciones%20del%20evento/240408/Epidemi%C3%B3log%C3%9A%20y%20Respuesta.ppt](http://www.digemid.minsa.gob.pe/daum/acceso/V%20Reuni%C3%B3n%20Nacional%20de%20Evaluaci%C3%B3n%20SISMED%202007%20(Evento)/Presentaciones%20del%20evento/240408/Epidemi%C3%B3log%C3%9A%20y%20Respuesta.ppt)>
- MOSQUERA, Mario  
2003 *Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias.* Consulta: 25 de julio de 2010.  
<[http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/Mosquera\\_2003.pdf](http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/Mosquera_2003.pdf)>
- MUJICA, Jaris  
2008 *El mercado negro (y las estrategias informales de acceso a la tecnología móvil).* Lima: IEP, Sur Casa de Estudios del Socialismo.
- NAVA, Carlos  
1999 *Historia del Hospital Arzobispo Loayza desde sus orígenes.* Lima: Empresa de Servicios Editoriales S.A.
- NIGENDA, Gustavo y Ana LANGER  
1995 “Métodos cualitativos para la investigación en salud pública. Situación actual y perspectivas”. En: NIGENDA, Gustavo. *Métodos cualitativos para la investigación en salud pública.* México: Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 17 – 33.
- NOVY, Andreas  
2005 *Economía Política Internacional.* Viena. Consulta: 28 de agosto de 2010.  
<<http://www.lateinamerika-studien.at/content/wirtschaft/ipoesp/ipoesp-1945.html>>

OJEDA, Rafael

- 2008 *Ciudadanos reales e imaginarios y conflictos heterogéneos de la sociedad peruana*. Lima. Consulta: 28 de marzo de 2011.  
<[http://www.ciberayllu.org/Comentario/RO\\_Ciudadanos.html](http://www.ciberayllu.org/Comentario/RO_Ciudadanos.html)>

ONUSIDA

- 2004 *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004: cuarto informe mundial*. Ginebra: ONUSIDA
- 2005 *Violaciones de los Derechos Humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH. Estudios de caso de intervenciones exitosas*. Ginebra: ONUSIDA. Consulta: 9 de septiembre de 2009.  
<[http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc999-humrightsviol\\_es.pdf](http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc999-humrightsviol_es.pdf)>
- 2007 *Situación de la epidemia de sida: informe especial sobre la prevención del VIH*. Ginebra: ONUSIDA. Consulta: 30 de junio de 2008.  
<[http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007\\_epiupdate\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_es.pdf)>
- 2009 *Hoja de datos*. Ginebra. Consulta: 25 de agosto de 2010.  
<[http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2009/20091124\\_FS\\_global\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2009/20091124_FS_global_es.pdf)>

ONUSIDA - OFICINA COLOMBIA

- 2006 *Información básica sobre el VIH/SIDA*. Bogotá: ONUSIDA. Consulta: 30 de junio de 2008.  
<<http://www.onusida.org.co/CARTILLA%20VIH%20SIDA.pdf>>

ORELLANA, Cecilia

- 2008 "Intimididad del paciente, pudor y educación médica." *Persona y bioética*. Bogotá 2008. Año 12, número 30, pp. 8 – 15.
- 2009 "La actitud médica ante el dolor ajeno." *Persona y Bioética*. Bogotá. 2009. Año 11 número 29, pp. 146 – 155.

Organización Mundial de la Salud

- 2004 *Guías técnicas para la vigilancia del VIH entre los pacientes con tuberculosis*. 2da Edición. Ginebra. Consulta: 12 de agosto de 2010.  
<[http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/OMS\\_HTM\\_TUB\\_2004.339\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/OMS_HTM_TUB_2004.339_spa.pdf)>



2007 *El derecho a la salud. Nota descriptiva N° 323.* Consulta: 15 de Agosto de 2010.  
<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>>

2007 *La prevalencia mundial del VIH se ha estabilizado.* Consulta: 20 de Marzo 2011.  
<<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr61/es/index.html>>

REDONDO y otros

2002 “Solicitud y realización del test del VIH en atención primaria. Estudio de la Red de Médicos Centinales de Castilla y León 1990 - 1996.” *Gaceta Sanitaria.* Barcelona, número 16, pp. 114 – 120. Consulta: 5 de junio de 2008.  
< <http://www.scielosp.org/pdf/gsv16n2/v16n2a01.pdf>>

REYES, María Elena

2008 *Situación de los derechos humanos de las mujeres de Villa el Salvador. La violencia contra la mujer como factor de riesgo frente al VIH/SIDA.* 2008. Lima: CMP Flora Tristán

REYES, Wilfredo y otros

1999 *¿Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria?* Consulta: 13 de junio de 2011.  
<<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n2/mgi10299.pdf>>

RIVAS, Jorge Enrique

2008 Adherencia terapéutica al tratamiento antiretroviral altamente activo y soporte social en un grupo de pacientes con VIH/SIDA. Tesis de licenciatura en psicología con mención en psicología clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Letras y Ciencias Humanas.

ROCHE Q. F. S.A.

2009 *Situación del VIH en el Perú.* Lima. Consulta: 14 de noviembre de 2009.  
<[http://www.roche.com.pe/AreasTerapeuticas/EnfermedadesInfecciosas/VIH/situacionde/VIH/enelperu\\_ES.htm](http://www.roche.com.pe/AreasTerapeuticas/EnfermedadesInfecciosas/VIH/situacionde/VIH/enelperu_ES.htm)>

SALAZAR, Rolando

2006 *Las cifras del VIH-SIDA en el Perú y el mundo este 2006.* Lima.  
<[http://www.deambiente.com/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=177](http://www.deambiente.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=177)>

SALLES, Arleen

2008 "La relación médico-paciente." En: LUNA, Florencia y SALLES, Arleen. *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, pp. 137 – 164.

SERRANO, María Isabel

2002 "Comunicación y mensaje educativo. Influencia en el comportamiento." En: SERRANO, María Isabel. *La educación para la salud del siglo XXI. Comunicación y salud*. Segovia: ALEZEIA.

SILVA, Virginia

2001 "Comunicación y Salud". En: ESCUELA DE COMUNICACIÓN DE LA UNIVERSIDAD ORT. URUGUAY. *Inmediaciones de la comunicación*. Consulta: 12 de junio de 2011.

<<http://www.ort.edu.uy/fcd/pdf/InmediacionesIII.pdf#page=118>>

SIMMEL, Georg

1964 *Conflict*. New York: The Free Press.

SIQUEIRA, Holgonsi

2005 "Cultura De Consumo Pós-Moderna." *A Razão*. Río de Janeiro, 27 de octubre de 2005. Consulta: 29 de agosto de 2010.

<<http://www.angelfire.com/sk/holgonsi/consumismo2.html>>

Sistema de las Naciones Unidas en el Perú

2010 *Lucha contra el VIH/SIDA*. Lima. Consulta: 5 de octubre de 2010.

<<http://www.onu.org.pe/Publico/infocus/luchacontrasida.aspx>>

SOTO, Leslie

2008 *Manual del usuario del equipo multidisciplinario que brinda TARGA*. 2008. Lima: Instituto de medicina tropical "Alexander Von Humboldt" - Universidad Peruana Cayetano Heredia. Consulta: 9 de septiembre de 2009.

<<http://www.portalsida.org/repos/Manual%20Medicina.pdf>>

STRAUSS, Anselm y Julier CORBIN

2002 *Bases de la investigación cualitativa*. Medellín: Universidad de Antioquía.

TORO-ALFONSO, José

2002 “Vulnerabilidad de hombres gays y hombres que tienen sexo con hombres (HSH) frente a la epidemia del VIH/SIDA en América Latina: la otra historia de la masculinidad.” En: CÁCERES, Carlos y otros. *SIDA y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción. Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo*. Lima: UPCH/ONUSIDA.

UGARTE, Claudia

2000 “Historia de los Servicios de Emergencia de Lima y Callao.” *Revista Med Hered*. Lima, volumen 11, número 3, pp. 97 – 106. Consulta: 5 de noviembre de 2009.

<<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v11n3/v11n3ce1.pdf>>

UNAIDS

2008 *Report on the Global HIV/AIDS epidemic 2008*. Ginebra: UNAIDS. Consulta: 19 de agosto de 2009.

<[http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1511\\_gr08\\_executivesummary\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1511_gr08_executivesummary_en.pdf)>

VIDIELLA, Graciela

2008 “La justicia en la salud.” En: LUNA, Florencia y Arleen SALLES. *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

VIEYTES, Rut

2004 *Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad. Epistemología y técnicas*. Buenos Aires: Editorial de las Ciencias

WORTHINGTON, Catherine and Ted MYERS

2003 “Factors underlying Anxiety in HIV testing: Risk perceptions, stigma and the patient-provider power dynamic.” En: *Qualitative Health Research*. Volúmen. 13, número 5, pp. 636 – 655.



## Anexo 1: Guía de observación

### 1. Personal de Salud

- a. Vestimenta
- b. Rasgos físicos
- c. Trato
- d. Ubicación
- e. Mapa
- f. Horarios

### 2. Infraestructura del Hospital

- a. Infraestructura del PROCETSS
- b. Modos de atención
- c. Flujo de atención
- d. Calidad del espacio
- e. Tiempo de espera
- f. Tiempo de consulta
- g. Descripción sala de espera
- h. Descripción cita de atención

### 3. Personas viviendo con VIH

- a. Vestimenta
- b. Rasgos físicos
- c. Trato
- d. Ubicación
- e. Mapa
- f. Horarios

## Anexo 2: Guía de entrevista al personal de salud

EPSE1 PERS

- Nombre (apodo):
  - Edad:
  - Distrito de residencia:
  - Sexo:
  - Estado civil:
- 
1. ¿Hace cuanto tiempo trabaja en el PROCETSS del HNAL?
  2. ¿Cuál es su experiencia laboral previa?
    - a. ¿Cuánto tiempo permaneció en el trabajo anterior?
    - b. ¿Por qué decidió dejarlo?
    - c. ¿Cuál era su labor específica?
  - A. Describir al personal de salud del PROCETSS del HNAL y los criterios formales establecidos de la calidad de servicio
  3. ¿Cómo empezó a trabajar en el HNAL? ¿y específicamente en el PROCETSS?
    - a. ¿Cómo obtuvo el empleo?
    - b. ¿Por qué puestos pasó antes de trabajar en el PROCETSS?
  4. ¿En qué otro centro médico labora o qué otra ocupación tiene actualmente?
    - a. ¿Por qué la necesidad de tener doble trabajo?
  5. ¿Qué es lo que más le gusta de este trabajo?
  6. ¿Y lo que menos?
  7. ¿Cuáles son los principales problemas a los que se enfrenta como personal de salud del PROCETSS del HNAL?
    - a. Problemas con los PVVIH / pacientes
    - b. Problemas con los jefes superiores
    - c. Problemas con la infraestructura
    - d. Problemas con los insumos de trabajo
  8. ¿Qué profesiones existen al interior del HNAL?
  9. ¿Por qué los demás trabajan aquí?, ¿Cuáles son sus principales razones?
  10. ¿Qué problemas suelen expresar los demás con respecto al ambiente laboral?
    - a. Problemas con los PVVIH / pacientes
    - b. Problemas con los jefes superiores
    - c. Problemas con la infraestructura
    - d. Problemas con los insumos de trabajo
  11. ¿Cuál es la situación del trabajo en el HNAL?
    - a. Situación monetaria

- b. Estabilidad laboral
  - c. Beneficios sociales
12. ¿Por qué trabajas aquí? ¿Qué ventajas te ofrece este trabajo?
  13. ¿Cómo se comunica un resultado de VIH positivo?
  14. ¿Cuál es la cantidad de atenciones que usted atiende por día?
    - a. ¿Qué opina de dicha cantidad?
  15. ¿Cuáles son los objetivos mensuales que debe cumplir?
  16. ¿Con que indicadores se miden dichos objetivos?
  17. ¿Logra usted llegar a los objetivos planteados? ¿y los demás?
  18. ¿Cuáles son las consecuencias en caso del objetivo cumplido y no cumplido?
- B. Conocer los modos de atención utilizados por el personal de salud en el PROCETSS del HNAL
19. ¿Cómo describiría su relación con los PVVIH que se atienden acá?
    - a. En el momento de la atención
    - b. Luego de la atención
  20. ¿Cuáles son los requisitos de acceso al TARGA? ¿Qué opina de ellos?
  21. ¿Qué elementos considera de importancia para una buena atención?
    - a. Tiempo
    - b. Insumos
    - c. Infraestructura
    - d. Comunicación
  22. ¿Qué limitaciones les impiden brindar un servicio ideal?
  23. ¿Cómo son superadas dichas limitaciones?
- C. Describir a las PVVIH que reciben el TARGA en el PROCETSS del HNAL y los requisitos de acceso al TARGA
24. Describa a las PVVIH que reciben el TARGA en el PROCETSS del HNAL
    - a. Clase social
    - b. Grado de educación
    - c. Estado de salud
    - d. Responsabilidad
    - e. Situación familiar
    - f. Situación laboral
    - g. Situación económica
  25. ¿Cuáles son las actitudes de las PVVIH para con el personal de salud del PROCETSS del HNAL? Anécdotas
  26. ¿Cómo cree que el diagnóstico de seropositividad ha impactado en la vida de las PVVIH?

- a. Responsabilidad
  - b. Situación familiar
  - c. Situación laboral
  - d. Situación económica
27. ¿Qué estrategias desarrollan las PVVIH para acceder al TARGA? (tipos)
- D. Analizar los conflictos existentes entre las PVVIH y el personal de salud
28. ¿Cuál es el trato que tienen las PVVIH para con ustedes? Tipos de trato
- a. Relación paternalista
  - b. Enfrentamiento
  - c. Cooperación
29. ¿Qué tipos de problemas ha tenido con los PVVIH que se atienden en el PROCETSS del HNAL? ¿A qué se debió? Relate ¿Fue resuelto? ¿Cómo?
30. ¿Cuáles son las quejas más frecuentes que tienen los PVVIH respecto a la atención y al TARGA en el PROCETSS del HNAL?
31. ¿Considera que dichas quejas tienen razón de ser?
32. ¿Cómo se suelen solucionar los problemas existentes con los PVVIH? (Tipos de problemas)
- a. Maltrato
  - b. Desobediencia en la medicación
  - c. Desinterés
33. ¿Cuáles son las principales quejas que existen de parte del personal de salud hacia las PVVIH?
34. ¿Cómo canalizan dichas quejas hacia las PVVIH?
35. ¿Cómo se solucionan los conflictos que surgen con las PVVIH?
36. ¿Qué características debería tener otro empleo para que se cambie de trabajo?
37. ¿Si pudiera cambiar algo de las PVVIH que cambiaría?
- a. Actitud
  - b. Rasgos físicos
  - c. Vestimenta
  - d. Características socioeconómicas
  - e. Nivel de educación
38. ¿Hay algo que desee agregar?



### Anexo 3: Guía de entrevista a personas viviendo con VIH

EPSE2 PVVIH

- Nombre (apodo):
  - Edad:
  - Distrito de residencia
  - Sexo:
  - Estado civil:
- 
1. ¿Cuánto tiempo tiene de diagnosticado como VIH positivo?
  2. ¿Hace cuanto tiempo viene a recibir el TARGA en el HNAL?
  3. ¿Cómo así decidió realizarse la prueba de Elisa? ¿Se la realizó en el HNAL?
  4. ¿Cómo llegó al HNAL?
  5. ¿Por qué decidió recibir el TARGA en el HNAL?
- A. Describir al personal de salud del del HNAL y los criterios formales establecidos de la calidad de servicio
6. ¿Cuál considera la principal cualidad de los doctores del SERVICIO DE INFECTOLOGÍA del HNAL? ¿y el peor defecto?
  7. ¿Cuál considera la principal cualidad de las enfermeras del SERVICIO DE INFECTOLOGÍA del HNAL? ¿y el peor defecto?
  8. ¿En qué se diferencia el personal de salud del SERVICIO DE INFECTOLOGÍA al del HNAL en general?
  9. Describa a los doctores que lo atienden en el SERVICIO DE INFECTOLOGÍA del HNAL
    - a. Características físicas
    - b. Clase social
    - c. Grado de educación
    - d. Estado de salud
    - e. Situación familiar
    - f. Situación laboral
    - g. Situación económica
  10. Describa a las enfermeras que lo atienden en el SERVICIO DE INFECTOLOGÍA del HNAL
    - a. Características físicas
    - b. Clase social
    - c. Grado de educación
    - d. Estado de salud

- e. Situación familiar
  - f. Situación laboral
  - g. Situación económica
11. ¿Cómo calificaría usted el trato recibido por el personal de salud del SERVICIO DE INFECTOLOGÍA del HNAL? ¿Por qué?
  12. ¿Cuáles son los principales problemas que existen en la atención que le brinda el SERVICIO DE INFECTOLOGÍA del HNAL?
    - a. Tiempo de atención
    - b. Tiempo de espera
    - c. Infraestructura
    - d. Insumos
    - e. Comunicación con el personal de salud
  13. ¿Cuáles son los requisitos de acceso al TARGA? ¿Qué opina de ellos?

B. Conocer los modos de atención utilizados por el personal de salud en el SERVICIO DE INFECTOLOGÍA del HNAL

14. ¿Cómo le fue comunicado el resultado VIH positivo?
15. ¿Cuáles fueron los pasos que le informaron que usted debía seguir luego de recibir su diagnóstico positivo?
16. Describa el proceso para lograr una cita de atención en el SERVICIO DE INFECTOLOGÍA del HNAL
17. ¿Cómo suele reaccionar el personal de salud ante las dudas que usted expresa? ¿Se siente usted libre de preguntar cualquier duda que tenga al personal de salud que lo atiende?
18. ¿Qué maltrato o mala actitud de parte del personal de salud ha observado usted para con las PVVIH que reciben tratamiento en el SERVICIO DE INFECTOLOGÍA del HNAL? Relate.
19. ¿Qué es lo que más le incomoda de asistir a una cita de atención en el SERVICIO DE INFECTOLOGÍA del HNAL? ¿y lo que más le agrada?
20. ¿Cómo desearías que fuera la atención en el SERVICIO DE INFECTOLOGÍA del HNAL en un caso ideal?

C. Describir a las PVVIH que reciben el TARGA en el SERVICIO DE INFECTOLOGÍA del HNAL y los requisitos de acceso al TARGA

21. ¿Cuál es su nivel de educación? ¿y el de las demás PVVIH que se atienden en el SERVICIO DE INFECTOLOGÍA del HNAL?
22. ¿Cuál es su trabajo actual?
  - a. ¿Anteriormente en que trabajos se ha desempeñado?

- b. ¿Qué tipo de ocupación suelen tener las demás PVVIH que se atienden en el SERVICIO DE INFECTOLOGÍA del HNAL?
23. ¿Quiénes conocen acerca de su estado de seropositivo? (familia, amigos...)
24. ¿Cuál es el impacto que ha tenido dicho diagnóstico en su vida?
- Responsabilidad
  - Situación familiar
  - Situación laboral
  - Situación económica
25. ¿Mediante que acción o grupo de acciones supera los problemas que tiene con el personal de salud del SERVICIO DE INFECTOLOGÍA a fin de obtener el TARGA?
26. ¿Mediante que acción o grupo de acciones supera los problemas existentes en el SERVICIO DE INFECTOLOGÍA en cuanto a abastecimiento o demora de las medicinas?
27. ¿Qué acciones realizan las demás PVVIH para superar los problemas que tienen con el personal de salud? ¿y los problemas referidos al abastecimiento o demora de las medicinas?
- D. Analizar los conflictos existentes entre las PVVIH y el personal de salud
28. ¿Qué inconvenientes o malestares ha tenido con los doctores o las enfermeras del SERVICIO DE INFECTOLOGÍA? ¿a qué se debieron? Relate
29. ¿Cuáles son los inconvenientes o malestares con los doctores o las enfermeras del SERVICIO DE INFECTOLOGÍA sobre los que más se quejan el resto de PVVIH? ¿a que se deben dichos inconvenientes? Relate
30. En caso de tener un problema con las medicinas o con el personal de salud, ¿cómo lo resolvería o cómo lo ha resuelto?
- Desabastecimiento de medicinas
  - Demora en la entrega de medicamentos
  - Conflictos con el personal de salud
31. ¿Cuáles son las quejas más recurrentes que usted escucha de los pacientes con respecto al personal de salud del SERVICIO DE INFECTOLOGÍA del HNAL?
32. ¿Qué procedimientos existen para encausar dichas quejas en una queja formal? Describa
33. ¿De qué otro modo transmiten su malestar al personal de salud?
- Quejas informales
  - Desobediencia
  - Inasistencia a las citas programadas
34. ¿Cómo suelen solucionarse los conflictos que surgen con el personal de salud del SERVICIO DE INFECTOLOGÍA?

35. ¿Qué es lo peor y lo mejor de la atención en el SERVICIO DE INFECTOLOGÍA del HNAL?
36. ¿Qué tendría que ofrecerle otro hospital o centro de salud para que decida atenderse en él?
37. ¿Si pudiera cambiar algo del personal de salud que cambiaría?
  - a. Actitud
  - b. Rasgos físicos
  - c. Vestimenta
  - d. Características socioeconómicas
  - e. Nivel de educación
38. ¿Hay algo que desee agregar?

