

**ACTITUDES Y PRÁCTICAS VINCULADAS CON EL VIRUS DE
INMUNODEFICIENCIA HUMANA – SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA
ADQUIRIDA (VIH-SIDA)
2da. ENCUESTA ANÓNIMA A MÉDICOS Y PRACTICANTES (SET. 2006)**

Comisión para el estudio del Impacto Psico-Social del VIH-SIDA y enfermedades
emergentes del Sindicato Médico del Uruguay (SMU)*

Desde el inicio de la década de los años 80', la pandemia de la infección por VIH-SIDA ha traído una suma de desafíos a la comunidad científica internacional, más allá de "las incertidumbres" que generó por tratarse de una enfermedad nueva y de rápida transmisión. Esa infección ha producido un relevante impacto social en virtud de las valoraciones morales, la estigmatización, los altos costos de los tratamientos médicos y las limitaciones para el desempeño de la vida esperada en términos productivo-económicos.

Por otra parte, corresponde señalar que la profesión médica y los médicos (en tanto personas) somos también una construcción social del contexto histórico, científico, cultural, económico y social en el que desarrollamos nuestra formación y nuestra práctica, por lo que cualquier pretensión de plena ajenidad de los valores, temores, estigmas, ambiciones y contradicciones presentes en la sociedad en que vivimos, es en sí misma una utopía. Esta dimensión social de la medicina y de su práctica se contraponen con la permanente actualización del conocimiento científico-técnico en medicina, la que constituye el fundamento para esa pretensión utópica de ajenidad.

En diciembre del 2007, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA) estimaban la existencia de 32 millones de adultos infectados por VIH en el mundo, de los cuales 18 millones desarrollaron SIDA y 22 millones fallecieron. En Uruguay, según datos aportados por el Programa Nacional del VIH-SIDA del Ministerio de Salud Pública (M:S:P:), desde julio de 1983 a octubre del 2007 (últimos datos disponibles en la página Web del Programa), se han notificado 10.324 casos de infección por VIH, 3.156 están en etapa SIDA y 1625 han fallecidos.

Ante esta realidad que persiste y con un progresivo aumento del número de infectados, la Comisión del Impacto Psicosocial del VIH SIDA y de Enfermedades Emergentes del Sindicato Médico del Uruguay (SMU), se propuso analizar los cambios en los conocimientos y prácticas de los médicos y practicantes de medicina, desde la realización de una primera encuesta hecha en el último trimestre de 1995, para poder evaluar que cambios se habían producido desde aquel momento y poder encarar nuevas acciones sobre el VIH-SIDA.

MATERIAL Y MÉTODO

* Dra. Julia Galzerano, Dr. José Carlos Russi, Dra. María del Carmen Curbelo, Dra. Adelina Braselli, Dra. Nelly Piazza, y Dra. Nora García, con el apoyo y asesoramiento honorario del Magister Sociólogo Fernando Borgia.

Se mantuvo el mismo sistema de Encuesta. Esto es: anónima, autoadministrada y voluntaria, dirigida a la totalidad de los afiliados al SMU: médicos y practicantes (14.274) mediante un formulario distribuido por la Revista “Noticias” del SMU, y además se podía llenar “en-línea” en la página del SMU. En el mes de setiembre de 2006 se recibieron 72 formularios, de los cuales 38 fueron completados en papel, y los restantes 34 a través de la página Web.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A los efectos de la sistematización de los principales datos de las dos encuestas, se analizaron los comportamientos de los médicos y practicantes de medicina, al igual que en la primera encuesta, en los siguientes aspectos:

- a) **en el científico-técnico** preguntando sobre la solicitud del test serológico para VIH y su interpretación cuando este es negativo; el conocimiento teórico del nivel de riesgo y las prácticas de protección y recomendaciones a hacer a un paciente VIH.
- b) en el **ético** se recabó información sobre los derechos del paciente y obligaciones del médico, sobre el manejo de la confidencialidad y del consentimiento.
- c) en cuanto al **componente afectivo de la relación médico-paciente**. Se han recogido datos sobre los sentimientos surgidos en experiencia de atención o ante la posibilidad de tenerla.

a) **En el plano científico-técnico**

Con respecto a la indicación del test diagnóstico de VIH-SIDA, no hay homogeneidad respecto de la indicación del mismo. En la primera encuesta, 37% no lo solicitan en presencia de otra ITS, 28% frente a conductas de riesgo y 21% aún cuando el paciente lo pidiera. En la segunda encuesta, 9,7% no lo piden en pacientes con otra ITS, 16,7% frente a conductas de riesgo y 18,1% si el paciente lo pide. *En términos generales se puede afirmar que si bien las diferencias no son estadísticamente significativas los datos sugieren una mejora de la práctica científico-técnica de los médicos y practicantes, en particular respecto de la disminución en la omisión de la indicación del test en pacientes que presentan otras ITS. La no consideración de la solicitud del paciente mantiene guarismos preocupantes y muestra escasa disminución.*

Por otra parte, en la valoración pre-operatoria, en la encuesta anterior se vió que se solicitaba el test en 58,2%, mientras que en la segunda, lo indicaron el 65,3% de los médicos. *Esto evidencia una contradicción en la mejoría del desempeño científico-técnico de los médicos y practicantes, dado que no hay normas genéricas para la solicitud de pruebas de diagnóstico de VIH-SIDA, excepto las recomendaciones emanadas por el Center for Disease Control (CDC) del año 2006 que son:*

- *Personas con enfermedades de transmisión sexual*
- *Personas con conductas de alto riesgo (consumidoras de drogas intravenosas que comparten jeringas; relaciones con parejas múltiples; prácticas sexuales sin protección; parejas sexuales de los mismos; trabajadores sexuales y personas que recibieron transfusiones de sangre entre 1978 y 1988.*
- *Personas que se consideren en riesgo o que soliciten la prueba.*
- *Mujeres embarazadas.*
- *Evaluación médica: para los pacientes con síntomas mayores o menores que puedan vincularse a la infección por VIH. Personas con infecciones*

oportunistas que sugieren deficiencia de inmunidad celular sin motivo aparente: “tumores oportunistas” (Sarcoma de Kaposi y Linfoma de Células B, especialmente si son extraganglionares y agresivos); citopenias inexplicables y síndromes neurológicos sin causa aparente (Síndrome de Guillain Barré, meningitis linfocitarias asépticas, neuropatías periféricas).

- *Pacientes con Tuberculosis activa.*
- *Personas que se han expuesto a sangre o líquidos corporales y que han estado en contacto con estos fluidos. Los líquidos corporales considerados de riesgo, además de la sangre, son: semen, flujo vaginal, líquido céfalo-raquídeo, sinovial, pleural, peritoneal, amniótico, pericárdico y cualquier líquido corporal sanguinolento. No riesgosos: heces, secreciones nasales, esputo, saliva, sudor, lágrimas, orina, vómitos, a menos que contengan sangre observable macroscópicamente.*
- *Trabajadores de la salud que realizan procedimientos invasivos con riesgo de exposición.*
- *Pacientes de 13 a 64 años en el momento de la internación en Unidades Hospitalarias, que tienen una tasa de seroprevalencia mayor de 0.1% ..*
- *Dadores de sangre, semen u órganos.*

Por lo tanto, si se trata de un paciente en el que no existe una sospecha clínica, no presenta otras ITS, y no relata llevar a cabo conductas de riesgo, entonces no corresponde la indicación del test diagnóstico de VIH pre-operatorio como rutina. Sin embargo, 2 de cada 3 médicos hacen esta indicación.

En cuanto a la interpretación de una prueba de VIH, las conductas médicas no son uniformes. Un resultado negativo no descarta la infección, por lo tanto, si persiste la sospecha clínico-epidemiológica, la conducta sería repetir los exámenes en razón a los datos aportados por la clínica, los factores de riesgo y el período ventana.

Entre los médicos que solicitan el VIH como parte de la paraclínica de rutina, se constata que ante la identificación de factores de riesgo, en el año 1995 apenas 1,1% indicaba la repetición del test diagnóstico y en el año 2006 20,8%. Esto constituye un cambio relevante, donde además se manifiesta una clara tendencia a disminuir la reiteración del examen en ausencia de factores de riesgo.

Ante la sospecha clínica de infección por VIH, la reiteración del examen cambia, de 16,1% en el año 1995 a 43,1% en el año 2006, lo que evidencia una mayor apropiación del conocimiento científico-técnico.

La percepción del riesgo de contraer VIH como consecuencia del desempeño médico-profesional, ha cambiado. En el año 1995 19,4% consideraba que el riesgo era de medio a alto, y en el año 2006 esta percepción se reduce al 11,1%. Al mismo tiempo, se constatan otras diferencias en la segunda encuesta: el riesgo ya no es claramente percibido como alto por los profesionales anestésico-quirúrgicos y además tiene una distribución más diversa; así como una mayor percepción del riesgo entre los hombres que en las mujeres y entre los profesionales de 40 a 49 años que entre otros grupos de edad.

Por otro lado, es posible dar cuenta de la existencia de una contradicción entre “el conocimiento científico-técnico del riesgo” y “el temor a la infección”. *Pese a que*

11,1% considera que existe un riesgo de medio a alto de transmisión del VIH por el ejercicio profesional, 23,6% de los médicos y practicantes de medicina daban cuenta de tomar precauciones excesivas (doble par de guantes, no darle la mano al paciente, etc.). Este tipo de precauciones, ponen de manifiesto un “temor fóbico a la infección por el VIH”. Incluso, pese a lo dicho en los apartados anteriores respecto de la evidencia de una mayor apropiación del conocimiento científico-técnico, en paralelo, existe un mayor registro de este temor, dado que en la encuesta del año 1995 éste registraba apenas un 6,5%.

En la encuesta del año 1995, las recomendaciones a los pacientes VIH, colocaban como primera recomendación el uso del preservativo en 19.3%, mientras que en el año 2006 fue de 29,2%. Queremos remarcar que en la segunda encuesta, 50% de los que participaron no recomendaron el uso del preservativo, poniendo en primer lugar los controles y en segundo el tratamiento.

b) En el plano ético

Las actitudes y comportamientos en el plano ético, del respeto a los derechos del paciente, se refieren entre otros aspectos al consentimiento informado por el paciente y a la confidencialidad médico-paciente. Las preguntas centrales son entonces dos: a) ¿Quién considera Ud. Debería saber la condición de portador de VIH-SIDA de su paciente? Y b) En caso de que su paciente VIH se negara a comunicar la condición de portador, ¿a quién cree Ud. debería notificar?

En base a un análisis global, respecto a la pregunta a) en la primera encuesta, 41,8% de los médicos y practicantes de medicina respondieron que debería comunicarse a: la pareja sexual, el ámbito familiar y el personal de salud. Estas mismas aseveraciones alcanzan al 58% de las respuestas en la segunda encuesta.

En ambas encuestas, la respuesta a la pregunta b), respecto a quién se debería de notificar si el paciente se niega, fue en el año 1995:: pareja sexual, ámbito familiar y personal de salud en un 21.8% y de 31.4% en el año 2006 (con las mismas opciones) .

En la segunda pregunta, en caso de que el paciente se niegue a comunicar su condición de portador, a quien debería notificar el profesional, el porcentaje que se mantiene prácticamente igual es el de Personal de Salud (63.9%), y el de la pareja sexual en un 61.1%. Pese a ello, *el 9,6% respondió en la primera encuesta y 23,6% en la segunda encuesta, que si el paciente se niega a comunicar su condición de portador de VIH no se le debe notificar a nadie.*

c) En el plano afectivo

La encuesta pretendía también recoger información acerca del componente afectivo en la relación médico-paciente, dado que los pacientes VIH están en condiciones de un intenso estrés emocional desde el momento de la notificación del diagnóstico, por lo que el manejo psicosocial es parte relevante del tratamiento.

En la primera encuesta se expresaron sentimientos positivos (como compasión, sentimientos humanitarios), emociones neutras (como que se trata de un paciente más, es como cualquier paciente), y emociones negativas (como miedo y rechazo. Sin embargo, la neutralidad emocional médica manifestada en el año 1995, alcanzó al

21,5% y en la segunda encuesta en el año 2006 fue de 47,2%. En ese sentido, pueden ensayarse diferentes hipótesis explicativas, entre las que puede encontrarse el hecho de que es una patología más conocida y en consecuencia que hay una mayor capacidad científico-técnica para el trabajo con pacientes VIH.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta que en la primera encuesta se completaron 336 formularios en papel –en ese momento la posibilidad de respuesta a través de la pág. Web no estaba habilitada- y en la segunda 72 (38 en papel, y 34 a través de la Web). Una primera conclusión es que en el momento de realizarse la segunda encuesta, ésta no resultó ser un tema prioritario para los afiliados al SMU, dada la muy baja cantidad de respuestas recibidas. Esto constituye una fuerte limitante a la voluntad de poder realizar análisis comparativos entre ambas encuestas.

Con las limitaciones, ya explicadas, respecto del alcance comparativo de los resultados de las encuestas de los años 1995 y 2006, pueden señalarse al menos algunas cuestiones centrales:

- Llama la atención el porcentaje elevado de “emociones neutrales” ante una persona que padece una enfermedad fuertemente estigmatizada en la sociedad contemporánea,
- hay una mayor apropiación del conocimiento científico-técnico, pero al mismo tiempo una mayor manifestación de temores fóbicos dentro del cuerpo médico y de los practicantes de medicina
- persisten omisiones básicas en las recomendaciones a los pacientes VIH, tales como el uso del preservativo. Al mismo tiempo, hay una sobrevaloración del trabajo médico del tipo asistencial, donde parece que lo primero que debe hacer un paciente VIH es recibir tratamiento y controles médicos siendo que la prevención de la transmisión de la infección y la protección del paciente ante el riesgo de una reinfección no está suficientemente presente y valorada. Se considera prioritario el tratamiento del paciente una vez infectado, cuando lo más importante es la prevención de la infección. Que uno de cada dos médicos y practicantes no adopten como recomendación básica para su paciente VIH el uso de preservativo (aún cuando su pareja sexual sea también positiva) debería ser tomada en cuenta para cada instancia de la formación médica y profesional.
- Los datos disponibles emanados de la encuesta no permiten evaluar adecuadamente las diferencias de actitudes entre las especialidades médicas y médico-quirúrgicas respectivamente.
- En relación a las recomendaciones, el médico debería acompañar a su paciente, brindándole toda la información necesaria, en el proceso de concientización del riesgo de transmisión del VIH a su pareja sexual. Si el infectado se muestra, reiteradamente renuente a informar a su pareja en riesgo real de transmisión viral, el profesional y todo el equipo asistencial, debería ofrecer su apoyo y compañía para llevar a cabo la comunicación..
- La comunicación al personal de salud, está justificada de manera científico-técnica, dado que los pacientes VIH evolucionan de manera diferente a la esperada frente a patologías frecuentes, Por el contrario, el hecho de que el 23.6% de los encuestados dieran cuenta de la existencia de un temor fóbico a la infección por VIH, pone en duda que la comunicación del status VIH al personal de salud, se deba a la preocupación por la atención más adecuada a estos pacientes, o traduzca aquellos miedos.

- Todo hace suponer que lentamente se va comprendiendo por parte de los médicos la importancia de la confidencialidad como protección contra la discriminación. Este compromiso de la ética médica y de la normativa asistencial debería anteponerse a los temores fóbicos propios y del personal de salud.