

Actitudes y prácticas sobre VIH-Sida. Encuesta anónima a médicos y practicantes

Comisión Especial Impacto Psicosocial del VIH-Sida¹

Resumen

Se efectuó en 1995 una investigación sobre actitudes y prácticas sobre VIH-Sida en médicos y practicantes a través de una encuesta dirigida a la totalidad de los afiliados del Sindicato Médico del Uruguay. Esta encuesta fue anónima, autoadministrada y voluntaria, constituida por diez preguntas, realizándose el análisis cualicuantitativo de las mismas.

Se investigó la indicación de la prueba de VIH a los pacientes; la revisión de los resultados por el médico solicitante; la reacción de éste frente a un portador VIH; su actitud frente a un resultado positivo; quién debería saber la condición de portador de su paciente; recomendaciones para un portador; cuál debe ser el manejo de una prueba positiva o negativa; interpretación de los resultados; precauciones en la atención de un portador; riesgos del personal en cuanto a la adquisición de este tipo de patologías, y necesidad de la capacitación de la profesión médica.

La encuesta tiene un carácter exploratorio del tema, un primer acercamiento al público, a fin de sensibilizar al personal de salud en la relación profesional con estos pacientes. Los datos recogidos tienen validez como globalidad, describiendo sólo en términos de frecuencia.

Los resultados nos han permitido detectar áreas de desinformación.

En cuanto a las precauciones para atender a los paciente, las prácticas discriminatorias aparecen como menos frecuentes, pero evidencian ciertos comportamientos que deberían ser ajenos a nuestra profesión.

En relación al consentimiento y a la confidencialidad, subsiste el tema como polémico, en la medida en que no existe una normativa específica al respecto.

También se ha puesto de manifiesto la existencia de tensiones en el contacto con los pacientes VIH-Sida, evidenciado por la presencia del "miedo".

Se comprueba la necesidad de una mayor discusión en un ámbito amplio y sin prejuicios en toda la sociedad civil.

Palabras clave: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Infecciones por VIH

Recolección de datos

Relaciones médico-paciente

1. Comisión Especial Impacto Psicosocial del VIH-Sida:

Dra. Julia Galzerano

Ex-Asistente Clínica Médica "C", Facultad de Medicina.

Médica Internista del CASMU

Médica Unidad de Medicina Preventiva del CASMU

Dr. Mario De Pena

Prof. Adj. del Departamento de Medicina Legal. Facultad de Medicina.

Médico Legista

Dr. Raúl Moreira-Somma

Ex-Prof. Director del Departamento de Microbiología. Facultad de Medicina. Ex-Director del Departamento de Laboratorios de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública

Dra. Nelly Piazza

Ex-Prof. Agda. del Departamento de Medicina Legal. Facultad de Medicina. Jefe Unidad de Medicina Preventiva. CASMU

Dra. Margarita Blengini

Psiquiatra Infantil

Dr. Beatriz Fonsalías

Médica General. Posgrado de Psiquiatría

Dra. Marlene Compan

Médica General

Dr. Antonio Bonzani

Doctor en Teología Docente y Responsable del Departamento de Filosofía del Instituto Teológico del Uruguay

Dra. Ana Visconti

Residente de Clínica Ginecotorcológica

Colaboradores:

Nelson Puyares

Secretario de la Comisión de Impacto Psicosocial del VIH-Sida del SMU Ayudante Técnico de Arquitecto. Ingeniero. Técnico preventivista

Joaquín Serra

Sociólogo

Carlos García Pintos

Técnico en Registros Médicos

Sebastián De León

Programador en Computación

Correspondencia: Dra. Julia Galzerano. Etna 5870. CP 11500. Montevideo, Uruguay.

Presentado 3/10/1997

Aceptado 20/3/1998

"Este no es el final. No es ni siquiera el principio del final.

Pero es, tal vez, el final del principio"

Winston Churchill

Introducción

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida), determinan, sin lugar a dudas, en todo el mundo, un problema acuciante y sus amplias dimensiones y repercusiones exceden lo puramente biomédico, para abarcar en sus variados enfoques lo sexológico, antropológico, religioso ⁽¹⁻³⁾, sicológico, axiológico, etológico, cultural, económico, político, ético y legal ⁽⁴⁾.

Dentro del enfoque psicosocial del tema es de mucho interés el encare ecológico del bienestar social en sus tres componentes. El bienestar social se basa en el equilibrio de los factores psicológicos de las personas, en su estabilidad socioeconómica y en su integración social. Para ello es necesaria la voluntad política, la asignación de recursos económicos suficientes, y los mecanismos de evaluación de la administración de estos recursos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) predice, para el año 2000, 40 millones de portadores del VIH, la mayoría de ellos residiendo en países subdesarrollados que son justamente los que más problemas tienen para implementar programas de prevención y de asistencia ⁽⁵⁾.

En nuestro país según datos del Programa Nacional de Control de Enfermedades de Trasmisión Sexual (ETS)/Sida del Ministerio de Salud Pública (MSP) ⁽⁶⁾, se registraron hasta el 28 de febrero de 1998, 2.528 infectados VIH; predominando la trasmisión sexual (65,9%) sobre la sanguínea (24,4%), seguida por la trasmisión perinatal (1,1%). Dentro de la trasmisión sexual predomina el mecanismo heterosexual (55,4%) cuando se incluye el 5,7% correspondiente a la prostitución femenina, siguiéndole la trasmisión homosexual (25,9%) y luego la bisexual (8,7%).

Dentro de la trasmisión sanguínea el predominio corresponde al uso de drogas intravenosas (UDI) (97,9%), habiendo ocurrido un caso por accidente laboral en personal de la salud.

73,6% hombres y 26,4% mujeres, siendo el grupo etario más afectado el de 15 a 44 años y el rango de 0 a 81 años.

El total de casos acumulados de Sida desde 1983 es de 1.051, lo que determina 3.579 seropositivos (VIH más Sida). El número de Sida presenta un predominio de trasmisión sexual (66,8%) seguida de la sanguínea (27,0%) y la perinatal (4,2%). Entre los casos de Sida la homosexualidad corresponde a 36,5% y la heterosexualidad a 37,9% (incluyendo la prostitución femenina: 4,6%). Se

observa un lento aumento de los porcentajes femeninos, que a esta fecha alcanzan 19,9% en relación al sexo masculino (80,1%). 79,3% de los casos de Sida corresponden a Montevideo (Capital), siendo Canelones, Maldonado y Rivera, los departamentos de mayor frecuencia en el interior del país. La franja etaria de mayor frecuencia de Sida corresponde a la de 20 a 49 años, con un pico entre 25 y 34 años.

Hasta la fecha fallecieron 569 pacientes (54,1%).

El VIH-Sida ha servido para mostrar el comportamiento de las sociedades, para evidenciar las carencias de las estructuras sanitarias de muchos países, para conocer cómo reaccionan las distintas comunidades frente a situaciones de crisis sanitaria y de valores.

En el curso de esta epidemia, el miedo, el desinterés y la desinformación han sido, seguramente, los aliados más fuertes para la dispersión mundial de la infección.

Esta investigación tiene como primer objetivo evaluar una realidad sobre actitudes y prácticas de médicos y practicantes relacionados con el VIH-Sida.

Este tipo de investigación no tiene antecedentes en nuestro país, pero sí, aunque no muy numerosos, en colectividades médicas de EE.UU., Reino Unido, Francia, Canadá y Argentina.

El análisis de la encuesta refleja también opiniones de los profesionales que han relativizado el tema, en la medida que éste no fue, en general, motivo de una educación formal ni de discusión o polémica a nivel del gran público. La información y la educación provienen en general desde lo no formal o de lo informal.

Se consideró al momento del diseño del protocolo de investigación la necesidad imperiosa de un debate del tema y de una amplia discusión dentro del cuerpo profesional. La educación de los médicos y de los estudiantes debe ser el corolario de esta investigación y de su discusión.

También nuestra intención es elaborar a través de los valores expresados por los encuestados, una teorización acorde con la axiología aplicada a la praxis médica. Se podrá así lograr una aproximación al tema que permita instrumentar y promover acciones en aquellas áreas en que se detecten criterios inadecuados.

Desde el análisis y la discusión de sus resultados se podrá tener un mayor conocimiento con respecto a los avances desde el punto de vista del diagnóstico, la investigación, la prevención, la asistencia e incluso los aspectos éticos y jurídicos.

Material y método

En el año 1995 se realizó una encuesta anónima, autoadministrada y voluntaria, dirigida a la totalidad de los afiliados al Sindicato Médico del Uruguay (SMU) (9.600:

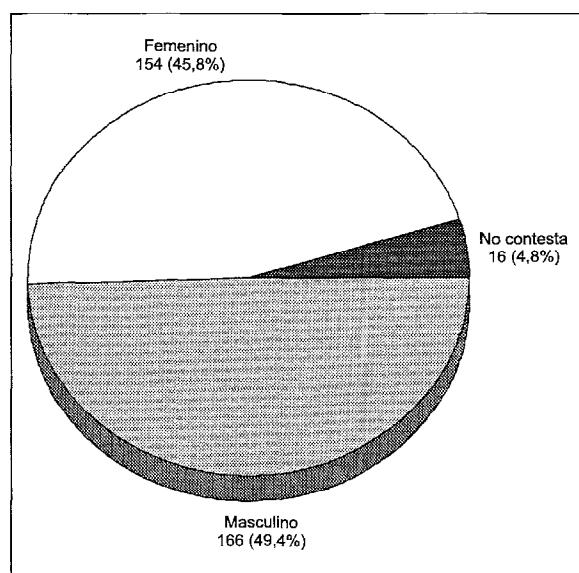


Figura 1. Distribución de los profesionales según sexo

médicos y practicantes), mediante un formulario distribuido por intermedio de la Revista "Noticias" del SMU, constituido por diez preguntas (abiertas y cerradas), efectuándose el análisis cualcuantitativo de las mismas. Dicho material se adjunta al final de este trabajo.

En los aspectos metodológicos, queremos resaltar que la encuesta tiene un carácter exploratorio del tema. Es un primer acercamiento al problema a fin de sensibilizar al personal de salud en la relación profesional con estos pacientes; por lo tanto, los datos recogidos tienen validez como globalidad, habiéndose omitido en esta etapa distintas asociaciones de variables, describiéndose solo en términos de frecuencia de cada variable.

Se recepcionaron 336 formularios con una estructura de edad, sexo y especialidad médica similar a la de la población de referencia. Si bien es un estudio exploratorio que no permite hacer inferencias estadísticas, en las principales variables de los individuos no se advirtieron signos significativos, por lo cual se considera que el estudio realizado constituye una primera aproximación razonable al conocimiento de la opinión de los médicos sobre la problemática investigada.

No sabemos si los que no respondieron al cuestionario, fue por rechazo al tema, indiferencia, o dificultad para enviarlo.

Se investigó acerca de la indicación de la prueba de detección de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en forma genérica, la interpretación de los resultados por el médico solicitante, la reacción de éste frente a un portador del VIH, su actitud frente a un resultado positivo, quién debería conocer la condición de portador de su paciente, las recomendaciones a dar a un

portador, cuál debe ser el manejo de una prueba positiva y de una negativa, las precauciones en la atención de un portador, los riesgos del personal de salud en cuanto a la adquisición de este tipo de patología, y la necesidad de la capacitación de los profesionales médicos.

Los datos fueron compilados y analizados a través del programa Epi-Info 6.0 de la Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Resultados y discusión

El análisis por sexo, se desglosa de la siguiente manera: 166 (49,6%) correspondieron al sexo masculino y 154 (45,8%) al femenino; 16 (4,8%) omitieron indicar el sexo (figura 1).

El rango etario del grupo se encontró entre los 23 y 70 años, mostrando que 72,2% son menores de 50 años, ubicándose la mayor cantidad de profesionales entre los 30 a 49 años. Comparando edad y sexo, resulta que el grupo de las mujeres fue más joven que el de hombres.

- *Con respecto a la especialidad ejercida*, el número mayor de los encuestados: 107 (31,8%) manifestaron ejercer la medicina general, seguido de practicantes: 47 (14%), luego pediatras: 33 (9,8%), psiquiatras: 24 (7,7%). Estuvieron representadas otras especialidades básicas (ginecología y cirugía) en alrededor de 4% cada una, y 26 especialidades más en porcentajes menores.
- *La estructura en relación a las especialidades*, presentó algunas diferencias con el perfil del país y aún con el de Montevideo, dado que el porcentaje de médicos generales en nuestra encuesta, fue menor: 107 (55%) frente a 7.101 (80%) en el país; siendo en cambio algo mayor el porcentaje de pediatras y psiquiatras: 33 (17%) a 1.110 (12%) y 24 (12%) a 523 (6%), respectivamente ⁽⁷⁾ (tabla 1).

Se transcribirá a continuación la formulación textual de las preguntas, analizando en cada una los resultados y discutiendo los mismos.

Se señala que en nuestro medio se generaliza el término paciente para designar a aquellas personas que establecen una relación clínica, con un profesional de la salud, habiéndose usado en este sentido dicho término en la encuesta. "Todos los que se ponen en contacto con el Sistema de Salud son usuarios suyos, pero de ellos, sólo una parte adquirirá la categoría de pacientes y dentro de éstos, solamente algunos serán tratados como enfermos" ⁽⁸⁾.

Pregunta 1

¿Cuándo indica el test de VIH a un paciente? (Puede marcarse más de una opción)

Tabla 1. Distribución de médicos según especialidad en todo el país y Montevideo.
Total de respuestas realizadas para algunas especialidades.

	Uruguay	Montevideo	Respuestas encuesta
Medicina general	7.101 (80,59%)	5.678 (72,67%)	107 (55,72%)
Pediatria	1.110 (12,59%)	869 (11,12%)	33 (17,18%)
Psiquiatría	523 (5,93%)	474 (6,06%)	24 (12,50%)
Ginecología	568 (6,44%)	417 (5,33%)	15 (7,81%)
Cirugía general	509 (5,77%)	375 (4,79%)	13 (6,77%)
Total	8.811	7.813	192

- 1.1. Frente a un acto quirúrgico (SI) (NO)
- 1.2. Si el paciente lo pide (SI) (NO)
- 1.3. Frente a una conducta de riesgo (SI) (NO)
- 1.4. Embarazada (SI) (NO)
- 1.5. Enfermedad transmisión sexual (ETS) (SI) (NO)
- 1.6. Otros (especificar)

La encuesta reveló que 117 técnicos (34,8%) manifestaron indicar el test de detección de VIH en todas las opciones propuestas. No respondieron 9 (2,7%).

Agrupando o sumando las alternativas propuestas en aquellas respuestas que seleccionaron más de una opción, resulta la siguiente ordenación de frecuencias:

1. Si el paciente lo pide: 263
2. Conductas de riesgo: 240
3. Embarazo: 215
4. ETS: 211
5. Actos quirúrgicos: 201

Expresado en otros términos, 125 médicos (37%) no lo solicitan frente a ETS; 96 (28%) no lo hacen en conductas de riesgo y 73 (21%) aún si el paciente lo pide.

Con respecto a la indicación del test, debemos separar la indicación con fines diagnósticos de la llamada indicación “de rutina” o sistemática y la considerada obligatoria (prescrita por normas legales).

En nuestro país, en lo que respecta a la indicación obligatoria, corresponde sólo a los bancos de sangre y órganos y tejidos para donantes de sangre y derivados de la misma que ingresen al país (Resolución Ministerial N° 146/88 del 12 de febrero de 1988 y Decreto del Poder Ejecutivo 113/88 del 17 de marzo de 1988).

Se han agregado posteriormente la que corresponde a los actos realizados por los Institutos de Medicina Altamente Especializados (IMAE) así como para pacientes con tuberculosis.

En los IMAE, esta indicación ha sido incorporada a la normativa de los siguientes actos médicos: estudios hemodinámicos, litotricia urinaria, prótesis de cadera, prótesis de rodilla, diálisis

Existe además la Ordenanza del MSP N° 667, la que

expresa que todo paciente portador de una tuberculosis deberá ser estudiado para detección de VIH.

En relación a la solicitud “de rutina”, que se realiza fundamentalmente como indicación preoperatoria entre otros exámenes, la bibliografía refiere que corresponde a un intento del cirujano de conocer la condición serológica de su paciente para protegerse del riesgo accidental. Este conocimiento afirmaría su seguridad en el acto quirúrgico y permitiría controlar la difusión de la enfermedad⁽⁹⁾. Esto no ha sido investigado aún en nuestro medio.

Lo anterior es sostenido fundamentalmente por algunos especialistas que estarían sometidos a mayor riesgo, como es el caso de los traumatólogos. Sin embargo, algunas investigaciones no apoyan esta conducta, ya que en las mismas no se ha determinado que de este conocimiento derivara un menor riesgo accidental⁽¹⁰⁾.

Destacamos que esta misma “protección” frente al riesgo no se realiza para otras infecciones transmitidas por vía sanguínea, como la hepatitis B.

En lo que respecta a las ETS, no hay obligatoriedad normativa en relación al test del VIH. Sin embargo, resulta evidente la capacidad de las ETS de multiplicar por tres y cuatro veces la probabilidad de adquirir la infección VIH por vía sexual⁽¹¹⁾. Además, éstas constituyen un indicador de las conductas de riesgo de una persona. Las lesiones inflamatorias y úlceras genitales se asocian a un mayor riesgo de infección, tanto en lo referente al transmisor como al receptor del virus.

Entre las medidas de control de la prostitución no está normatizado el test del VIH como rutina.

La literatura consultada señala recomendaciones para la realización sistemática del test de VIH para la mujer embarazada, remarcando que debe aconsejarse u ofrecerse el test. Algunos autores mencionan que debe hacerse en el primer trimestre del embarazo⁽¹²⁾.

Justifica este examen el resultado de un estudio que ha demostrado que el tratamiento pre e intraparto reduce significativamente el riesgo de infección fetal. En pacientes no tratadas fue de 24,5% y en pacientes bajo tratamiento con zidovudina (AZT) se redujo a 8,3%⁽¹³⁾.

Recientemente en nuestro país, con fecha 19 de agosto de 1997 el Poder Ejecutivo emitió el decreto 158/97, donde se establece la pesquisa sistemática del VIH en toda embarazada, previo consentimiento informado. Está en estudio la reglamentación del presente decreto y se determinará la periodicidad para la realización de dicho estudio (tal como está pautado para el control de la sifilis a través del VDRL) y el tratamiento a seguir.

En nuestro medio, algunos obstetras ya lo solicitan rutinariamente en la primera consulta, pero sin seguimiento ulterior.

En cuanto a la indicación en "*conductas de riesgo*", cabe señalar que no hemos investigado cuál es la interpretación de esta frase en la población encuestada.

Aún hoy muchas veces se vincula la infección por VIH sólo a varones, homosexuales y drogadictos, sin incluir la heterosexualidad, la promiscuidad ni las prácticas sexuales con ambos sexos (bisexualidad).

En lo que se refiere a la negativa del paciente para realizar la prueba, está relacionada con la obligación del médico de tratar o no a ese paciente. La negativa del médico es posible siempre que se asegure la continuidad del tratamiento; según lo especifican las normas éticas de nuestra profesión, sea VIH o presente otra patología⁽¹⁴⁾.

Si bien no existen normas universales, ni acuerdo entre autores ni en la normativa de distintos países, en lo que se refiere a la indicación sistemática o "*de rutina*" y aún del consentimiento del paciente, existen recomendaciones emanadas del Center for Disease Control (CDC)⁽¹²⁾ del año 1996, que son:

1. Personas con enfermedades de transmisión sexual.
2. Personas con conductas de alto riesgo: consumidores de drogas intravenosas que comparten jeringas, relaciones con parejas múltiples, prácticas sexuales sin protección, parejas sexuales regulares de los mismos, trabajadores sexuales y personas que recibieron transfusiones de sangre o sus derivados entre 1978 y 1988.
3. Personas que se consideran en riesgo o que solicitan la prueba.
4. Mujeres con conducta de riesgo en edad fértil o embarazadas (como así también en mujeres de zonas de alta prevalencia).
5. 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).

6. Pacientes con tuberculosis activa.
7. Personas que se han expuesto a sangre o líquidos corporales y que han estado en contacto con estos fluidos. Líquidos corporales considerados de riesgo, además de la sangre, son semen, flujo vaginal, líquido cefalorraquídeo, 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.
8. Trabajadores de la salud que realizan procedimientos invasivos con riesgo de exposición.
9. Pacientes de 15 a 54 años en el momento de la internación en unidades hospitalarias que tienen una tasa de seroprevalencia mayor de 1% o en la que los pacientes con Sida representan más de 1/1.000 de las altas.
10. Dadores de sangre, semen u órganos.

Preguntas 2 y 3

2) ¿Cree usted que le corresponde al médico solicitante transmitir el resultado de un test VIH positivo? (SI) (NO) ¿por qué?

3) En su práctica médica usted ha asistido un paciente VIH positivo:

SI: ¿Qué reacción le produjo; qué sintió; cómo actuó?
NO: ¿Cómo actuaría en caso de tener un paciente VIH positivo?

Es significativamente muy alto, 312 (92,9%), el número de aquellos encuestados que expresan que le corresponde al médico solicitante transmitir el resultado del test (figura 2).

Se trataría en parte de una situación teórica, en la medida que 116 encuestados (34,5%) dicen no haber asistido pacientes con VIH.

Manifestaron haber asistido pacientes VIH-Sida 220 profesionales (65,5%). Se señala que la interpretación del término "asistir" fue subjetiva, no aclarándose si dicha atención fue esporádica, puntual o continua.

Consideramos que por el hecho de pedir una prueba de VIH el médico asume la condición de médico tratante y le corresponde a este profesional transmitir el resultado de la prueba, sea ésta positiva o negativa.

Es indudable que el VIH-Sida ha cuestionado y sigue cuestionando el modelo tradicional paternalista de relación médico-paciente.

Lo que cuesta más admitir es la necesidad de aprender a relacionarse y dar apoyo emocional, puntualmente en lo que concierne al ámbito sanitario, donde aquel modelo vertical de intervención se encuentra muy difundido y consolidado, requiriendo habilidad de comunicación para

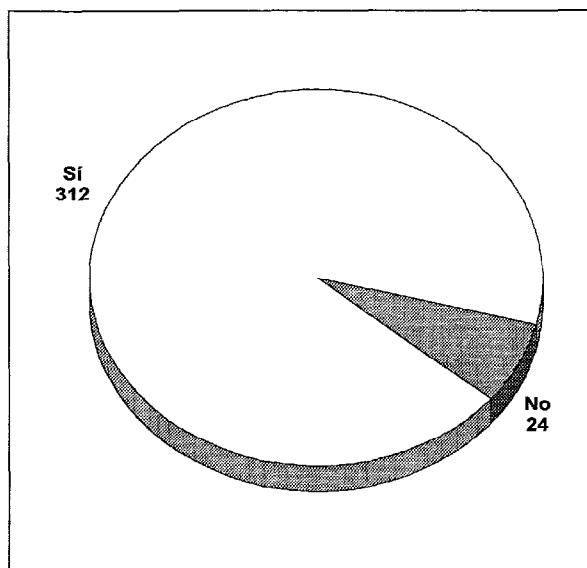


Figura 2. ¿Corresponde al médico tratante trasmítir el resultado del test VIH?

manejar cuestiones tan íntimas de la vida privada como es la sexualidad⁽¹⁵⁾.

El hecho de haberse formado en la Facultad de Medicina no garantiza que se tenga la capacidad de manejar situaciones sumamente complejas como la de informar a un paciente que está infectado con el VIH, o que su pronóstico es letal⁽¹⁶⁾. Cousins expresa muy acertadamente que “*los estudiantes de medicina se pasan años aprendiendo a diagnosticar pero apenas dedican unos minutos a aprender la mejor manera de transmitir el diagnóstico*”⁽¹⁵⁾.

La preguntas que apuntan a sentimientos y emociones puestos en juego durante esta práctica, reflejan la capacidad del profesional médico de relacionarse con la enfermedad, con el paciente afectado y su familia, aspectos particularmente importantes para esta enfermedad, con repercusión psicosocial notoria.

Los médicos y estudiantes de medicina no escapan, como pudimos comprobar, a las reacciones sociales frente a esta afección, siendo quienes tienen a su cargo el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

La información que posee el médico es un mecanismo útil que permite manejar este problema de un modo adecuado, no obstante, hay que dejar en claro que no siempre el manejo de información correcta pone al profesional a salvo de prejuicios y mitos respecto al tema.

Esta encuesta demostraría lo anterior, pudiendo extraerse algunas conclusiones interesantes en lo que se refiere a la exploración de los sentimientos que se ponen en juego en el médico enfrentado en su consulta al paciente VIH.

Interesa comparar las diferentes reacciones en mujeres y hombres, resultando llamativo que 37 (11%) de las mu-

jeres refieren sentir “*compasión*”, en tanto un porcentaje idéntico de hombres refieren “*rechazo*”.

En efecto, en la mujer médica aparece la expresión de sentimientos más directamente relacionados con el propio paciente, y una identificación con el sufrimiento de éste, que llevan a expresar estos sentimientos de pena y compasión. Podríamos pensar que este grupo de mujeres médicas, se comprometen algo más emocionalmente con el paciente, ya que la “*compasión*” implica un movimiento de empatía, de identificación con el sufrimiento del otro. En este sentido creemos que este grupo será más sensible ante el aspecto humano y psicosocial de esta afección, poniendo en juego probablemente recursos de índole psicológica con más frecuencia que otros grupos.

No obstante afirmar lo anterior, es preciso puntualizar que mencionar la compasión si bien puede tener este lado positivo de empatizar, no está exento de un grado de estigmatización, por considerar los pacientes con VIH-Sida desvalidos.

El mismo porcentaje de varones médicos parecería que colocan una barrera entre ellos y sus pacientes, es decir que son probablemente movidos a distanciarse, debido al rechazo que refieren, lo que quizás pueda repercutir en la calidad de la atención brindada.

Tomando en cuenta el último aspecto, en relación a la mención del término “*compasión*” por parte de las médicas, observamos que es probable que la diferencia entre ambos sexos en este ítem no sea significativamente diferente, ya que en ambos es posible encontrar el rechazo, sea expresándolo abierta o disimuladamente.

Sin duda el sentimiento de rechazo es el que aparece con más frecuencia frente a este tema en la sociedad en general. Rechazo que lleva implícito una condena moral y un juicio de valor acerca del modo de vida de un paciente afectado de VIH-Sida (homosexualidad, drogadicción, prostitución). La homofobia de algunos profesionales podría jugar un papel importante ante esta enfermedad.

Otro grupo de profesionales hombres mencionan “*incertidumbre*” y prácticamente la misma cantidad de médicas utilizan los términos “*miedo y sorpresa*”.

Esta “*incertidumbre*”, sensación de desazón, desconcierto, temor por lo que vendrá, parece estar reflejando una postura del médico frente al paciente VIH, una postura en la que el profesional se siente desarmado, como si no supiera qué hacer y cómo abordar a esta persona, qué ofrecerle. Es llamativo, ya que el médico se caracteriza por una postura en general de operatividad y seguridad ante sus pacientes, aunque se enfrente a un problema que pueda no tener resuelto en la primera consulta.

Esta sensación lo coloca seguramente en una situación ansiógena, desagradable, que probablemente muchos tra-

tarán de evitar, derivando rápidamente al paciente a otro colega. Otros, por el contrario, tal vez tomen esta situación como un desafío, buscando contrarrestar este sentimiento de duda e incertidumbre aplicando sus conocimientos sobre el tema.

De nuevo, comparando reacciones y porcentajes de acuerdo al sexo, hallamos un matiz en la respuesta femenina, en tanto éstas hablan de miedo expresando de este modo más abiertamente ese sentimiento, los hombres hablan de rechazo. El miedo es un sentimiento que está presente en mayor o menor medida, en particular cuando recién se toma contacto con este problema, dependiendo de la intensidad del mismo y del mayor o menor grado de irracionalesidad, desembocando casi seguramente también en rechazo hacia estos pacientes. El porcentaje de médicas que nombran el miedo es algo menor al de los médicos que abiertamente expresaron "rechazo".

Otro dato que resulta de interés es que el doble de médicos, 47 (14%), que de médicas, 23 (7,5%), refieren una neutralidad llamativa ante estos pacientes: "es un paciente más", lo que se reitera en el grupo total con referencia a la pregunta que indaga "cómo actuaría". Esta posición podría estar encubriendo sentimientos que no se expresan. Siendo mayor el porcentaje de hombres, coincide con nuestra hipótesis de que los médicos colocarían barreras defensivas —con mayor frecuencia que las médicas— entre ellos y el problema, lo que podría derivar en relaciones médico-paciente conflictivas.

Podemos suponer que las médicas expresan más abiertamente sus temores que los médicos, identificándose con mayor facilidad con el enfermo, lo que podría significar mejores posibilidades de establecer una relación médico-paciente adecuada, si bien el discurso conservador estigmatizante está presente en ambos sexos.

Es claro que los profesionales médicos de ambos sexos no escapan a la posición conservadora en la que el discurso moral asocia el Sida a la desviación social⁽¹⁷⁾.

Comparando estas conclusiones con otros estudios, observamos que un trabajo realizado por Lewin y Montgomery, citado por Schapiro y colaboradores⁽¹⁸⁾, sostiene que los médicos norteamericanos se sienten mucho menos cómodos al tratar estos enfermos que los médicos canadienses y franceses. Según estos autores no está clara la razón, no obstante parece ser que tanto Canadá como Francia son menos homófobos que EE.UU.

En lo que respecta a las actitudes que los médicos ponen en práctica en presencia de un paciente VIH, tratándose de una pregunta abierta, la interpretación de la respuesta resulta compleja, ya que no existe forma de conocer cuál es el alcance de los términos usados, por ejemplo: "habitualmente", "humanamente". Quizás este tipo de respuestas también pueden marcar una especie de dis-

criminación. ¿Acaso no todos los pacientes merecen un trato humanitario?⁽¹⁹⁾

Otro grupo, en particular vinculado a especialidades quirúrgicas, refieren tomar medidas personales de prevención. El paciente queda desdibujado, ya que no aparece una actitud activa frente a un paciente "en riesgo", sino que más bien se vive como de "riesgo" para el médico.

Debemos destacar que los médicos que no tuvieron contacto con pacientes VIH, también contestan esta pregunta manifestando que actuarían como "que fuera un paciente más" y esta respuesta nos merece el mismo comentario que la anterior, sabiendo que es difícil predecir cómo se actuaría frente a situaciones reales.

Por último, este mismo grupo manifiesta "derivar a especialistas" lo que puede ser correcto en alguna etapa de la evolución, no al inicio.

Preguntas 4 y 5

4) ¿Quién considera usted que debería saber la condición de portador VIH-Sida de su paciente? (Puede marcar más de una opción) Si desea puede especificar.

- A) Ambito familiar
- B) La pareja sexual
- C) Personal de salud
- D) Ambito laboral
- E) Ambito educativo
- F) Ambito deportivo
- G) Nadie
- H) Otros (especificar)

5) En caso de que su paciente VIH se negara a comunicar su condición de portador, ¿a quien cree usted que debería notificar? (Puede marcar más de una opción)

- A) Ambito familiar
- B) La pareja sexual
- C) Personal de salud
- D) Ambito laboral
- E) Ambito educativo
- F) Ambito deportivo
- G) Nadie

Haciendo un análisis global, en la pregunta 4, cuatro no contestan (1,2%), y en la 5, seis no lo hacen (1,7%).

Mayoritariamente 140 (41,8%), expresan que el "ámbito familiar", la "pareja sexual" y el "personal de salud" deberían conocer la condición de portador del paciente. Si se comparan estos resultados (pregunta 4) con la negativa del paciente a que se sepa su condición, (pregunta 5), ese porcentaje inicial disminuye en 20%. Esta disminución está basada en la "opción ámbito familiar" ya que las otras dos opciones, "pareja sexual" y

“personal de salud”, aumentan ambas, sobre todo esta última.

El valor de la confidencialidad está refrendado y reconocido en la respuesta que incluye *todas* las opciones, que disminuye de 3,9 (*pregunta 4*) a 1,5% (*pregunta 5*) y la opción *nadie* de 2,7 (*pregunta 4*) aumenta a 9,6% (*pregunta 5*).

Los datos emanados de la OMS son muy explícitos: no se ha encontrado ningún caso de infección por VIH por el simple hecho de convivir en el ámbito educativo, laboral, deportivo ni en el hogar⁽²⁰⁾. Desde el punto de vista de la salud pública, no hay ninguna razón que obligue a comunicar el diagnóstico de infectado por el VIH a los convivientes. Ha de ser el propio afectado —y sólo él— el que, en último término, valore y tome la decisión, en función de su situación personal y de los beneficios, perjuicios o ambos que pudiera ocasionarle a él y a los que conviven con él. El propio paciente, después de un proceso de reflexión y balance de riesgos y beneficios, debería decidir voluntariamente informar a la familia⁽²¹⁾.

El médico puede apoyar y ayudar a su paciente para que éste pueda informar, una vez que haya tomado la decisión. Veamos algunas premisas que pueden permitir ayudarle:

- a) Aclarar con el paciente el conocimiento o sospecha que la familia o allegados tienen del comportamiento de riesgo⁽²²⁾.
- b) Detectar sus temores: miedo a herir, a ser rechazado, etcétera.
- c) Elegir a la persona con la que se prevea mayor apoyo⁽²¹⁾.
- d) Manifestarle que puede contar con nuestra ayuda.
- e) Ofrecerle un entrenamiento para que sea él quien comunique la noticia⁽²³⁾.

En cuanto a la información a la pareja sexual, tenemos que tener en cuenta que podemos encontrarnos ante un serio conflicto entre dos deberes: proteger la salud de un tercero y guardar el secreto profesional. En bioética, un presupuesto clave es que quien aplique la condición de excepcionalidad ha de cargar con la prueba y justificar debidamente su opción. Veremos cuáles son las condiciones exigibles para la ruptura de la confidencialidad.

Si la persona infectada se niega explícitamente a informar a su compañero sexual y a utilizar métodos de barrera, el médico debe valorar junto con el paciente los siguientes elementos, todo ello después de un proceso adecuado de “counselling” para intentar responsabilizarle.

- Riesgo que corre el compañero sexual al no conocer su condición de infectado VIH.
- Peligro real de infección.
- Relacionamiento con la persona que va a ser la posible destinataria de la comunicación.

□ Sospechas fundadas de que la comunicación del diagnóstico va a tener beneficios superiores a los riesgos que conlleva la ruptura del secreto.

Desde una visión de “*contrato terapéutico*”, comunicar al paciente desde el inicio que cabría la posibilidad de ruptura de la confidencialidad si se dan las condiciones anteriores, y no se lo trasmite a la pareja sexual⁽⁴⁾.

Esta última premisa puede ser polémica ya que podría ir en desmedro de una correcta relación médico–paciente en un tema tan “*espinoso*” y complejo como es el VIH-Sida.

Desde el punto de vista jurídico, se está dentro de lo que en nuestro país se denomina “*justa causa ante la conciencia del médico*”, en la que el técnico cumple la doble función de depositario y de juez al mismo tiempo, en la revelación del secreto.

Es él solo frente a su conciencia, a su sentido común, a sus principios éticos y deontológicos quien debe decidir cuál será su postura. Ese posible “*deber*” comunicar no es absoluto si no condicionado.

La obligación del médico en esta situación es vicaria, sustitutiva, ya que el deber recae en primer lugar en la persona portadora, como ya se expresó. El profesional deberá dar cuenta al paciente de la necesidad de informar al compañero sexual y tratar de ayudarlo en todo sentido. Ante una negativa expresa, el deber podrá aparecer más claro, pero no deben olvidarse las repercusiones que el hecho puede acarrear con respecto a la propia pareja.

Deberá tenerse en cuenta, además, la presencia de razones para sospechar el peligro: compañero ya VIH positivo o conductas de riesgo propias. Ante éstas, el médico podrá estar eximido de la obligación de revelarlo.

Se piensa que debe entrar en consideración el peligro real de transmisión del virus, ya que a la luz de la bibliografía mundial no existen elementos vinculantes significativos entre el comportamiento sexual riesgoso y la transmisión de hecho. El riesgo puede ser bajo pero, a pesar de ello, real.

Teniendo en cuenta las situaciones en las que el médico puede verse involucrado, la Asociación Médica Canadiense ha postulado adecuadamente que el técnico, ante la negativa de su paciente a comunicar su condición a su pareja, haga saber al interesado la intención de informar por su parte⁽²¹⁾.

Los autores que se inclinan por la postura favorable al deber del médico de revelar el secreto, parten del presupuesto de la existencia de un riesgo real para un bien básico —la vida— del compañero sexual de un portador. Como dice Cattorin, existe un “*daño injusto, razonablemente cierto y grave*” o Pellegrino y Thomasma “*evidente, serio e inmediato peligro para otros*”⁽²⁴⁾.

Otra postura es la que manifiesta reticencia ante el deber del médico de revelar el secreto.

Una tercera corriente de opinión plantea la licitud de la revelación pero sin obligación de hacerlo, expresado desde una doble vertiente: deontológica y legal.

A este respecto, el Código de Ética Médica del SMU de 1995 expresa en su artículo 20:

“El paciente tiene derecho a:

- 1) *exigir que se guarde ante terceros el secreto de sus consultas. El médico debe garantizar este derecho en tanto esté a su alcance* ⁽¹⁴⁾.
- 2) *la confidencialidad sobre los datos revelados por él a su médico y asentados en historias clínicas, salvo autorización válidamente expresada de su parte*.

El médico guardará el secreto profesional y será responsable de propiciar su respeto por parte de todo el equipo de salud involucrado con su paciente. De igual manera participará en la educación a este respecto. Los registros informatizados deben estar también adecuadamente protegidos. El artículo 21 de este Código expresa: *“El secreto profesional debe respetarse aún en la redacción de certificados médicos con carácter de documento público. El médico tratante evitará indicar la patología concreta que aqueja a un paciente, así como las conductas diagnósticas y terapéuticas adoptadas. No es éticamente admisible que las instituciones públicas o privadas adopten una conducta contraria* ⁽¹⁴⁾”.

El Consejo General de los Médicos de Gran Bretaña ha marcado algunas pautas en este sentido ⁽²⁴⁾.

Existirían motivos para la revelación a una tercera persona, sin consentimiento del portador, sólo en la medida que exista un serio e identificable riesgo para esa persona.

El médico debe estar preparado a fin de aconsejar pertinente a su paciente y brindar información al compañero sexual y poder así —el técnico— adoptar los juicios más concretos y adecuados para cada situación que se presente. Esto no está planteado como un código sino simplemente como una guía que permita al médico desenvolverse mejor.

En lo que concierne al plano social más amplio, y a la salud pública en lo particular, ¿qué implicancias en la defensa del bien común aparecen?

Es innegable que al no asegurarse la confidencialidad aparecerá un impacto negativo sobre la salud pública.

Las personas con conducta de riesgo a las cuales apuntan muchas de las medidas a tomar, rechazan la posibilidad de realizarse pruebas de detección voluntarias y el asesoramiento pertinente. Esto es fundamental para la estrategia anti-Sida. El secreto médico considerado como un valor sanitario, desaparecerá.

En cuanto a la confidencialidad en el ámbito laboral tenemos que plantear algunas interrogantes y precisiones:

¿Es correcto que los empleadores y compañeros de trabajo de un portador VIH conozcan su situación?, ¿qué sucede si el secreto médico se viola y se instala en el ámbito laboral la noticia de la existencia de un portador VIH o un enfermo de Sida?, ¿quién quebró la confidencialidad hasta ese momento respetada?

Es muy probable que se produzca un deterioro en las condiciones y relaciones de trabajo ya por sí difíciles de mantener equilibradas. Se determina inseguridad, miedo, rechazo, discriminación, estrés.

A este respecto, el Código de ética de la Sociedad Americana de Salud Ocupacional especifica para los médicos laboralistas: *“evitar que juicios médicos sean inducidos por algún conflicto de interés”* *“conceder la máxima prioridad a la salud del individuo en el lugar de trabajo”* ⁽²⁵⁾.

En conclusión, los conflictos deben ser resueltos en favor de los trabajadores, aún si esto determina un detrimiento para la empresa o los médicos. Los médicos que aceptan posiciones con responsabilidad dual, deberán tener la certeza de que sus empleadores permitirán que ellos se rijan por sus códigos de ética ⁽²⁶⁾.

Lo que vale es el espacio de comunicación y el vínculo con la persona afectada; llegar a tratar de entender sus conflictos internos y mecanismos de defensa para que se le explique, y opte. No siempre se trata de la disyuntiva de informar o no informar. Se trata de hacer un proceso para que el paciente conozca todas las opciones, y si se realizan bien los pasos previos, no habría por qué llegar a situaciones extremas.

Nos planteamos también otra inquietud: ¿tiene el personal sanitario en contacto con el paciente el derecho de conocer la seropositividad de éste, en contra de su voluntad? Revelar la condición de portador por el posible peligro para la salud del personal sanitario no parece una argumentación convincente pues no se ve qué elemento nuevo de protección añade esta revelación a las medidas universales y particulares recomendadas.

Es indudable que la revelación de este dato repercute enormemente en la intimidad y privacidad del paciente y que el respeto al secreto en los hospitales es muy escaso: se puede temer con razón que una difusión de la noticia puede traer el peligro de actitudes aislacionistas y de marginación ⁽²¹⁾.

La confidencialidad, como regla moral que es, se halla en la base de la relación médico—paciente: facilita, controla y protege la comunicación entre los participantes del acto médico.

La confianza entre el médico y el paciente, que está in-

disolublemente unida a la relación asistencial, debe ser preservada como un valor en sí misma.

Pero es en la enfermedad VIH-Sida donde este hecho adquiere jerarquía, fundamentalmente en la medida que aparecen como subsidiarios lamentables, la discriminación y la estigmatización.

En el valor ético del secreto también está implícita la consideración del derecho a la intimidad, a la dignidad del ser humano y servirá en último caso como defensa contra la marginación y discriminación en diversos sectores de la vida cotidiana: empleo, vivienda, salud, educación, entre otros.

El caso del VIH-Sida conlleva valores e intereses diversos que frecuentemente entran en colisión; nos referimos al propio enfermo, a terceras personas y al bien comunitario: la salud pública.

Pero también es indudable que el resguardo de la salud pública y la protección de la privacidad están ligados indisolublemente.

Pregunta 6

6) *¿Cuáles son las principales recomendaciones que le haría a su paciente portador de VIH y por qué? Enumere por lo menos tres.*

Es llamativamente alto el porcentaje que “no contesta”: 54 (16%) que es el porcentaje más alto de la “no respuesta” de todas las preguntas formuladas, lo que podría corresponder a carencias de formación, lo que contribuiría a generar sentimientos de rechazo.

Se priorizan en las recomendaciones el uso del preservativo: 65 (19,3%) mayor en los encuestados del sexo femenino y en todas las franjas etarias toma el primer lugar, salvo en los profesionales de 70-79 años, en los que pensamos que influirían preconceptos y costumbres que corresponden a otras épocas.

En segundo lugar (45, 13,4%) se insiste en que los pacientes tengan controles periódicos y concurren al “especialista”, esto es mayor en los encuestados del sexo masculino, distribuyéndose homogéneamente en todos los grupos etarios, excepto en el grupo de mayor edad (70-79 años), donde esta recomendación pasa a ser la primera.

En tercer lugar aparece la recomendación de “adoptar medidas” de protección o de barrera para evitar el contagio: 29 (8,7%). Al no quedar explicitada esta respuesta pensamos que puede ser ambivalente: prevenir la transmisión del VIH o prevenir la propia reinfección del paciente.

En cuanto a informar a la pareja 17 (5%), y al personal de salud 13 (4%), se mantiene lo analizado en los puntos precedentes, no existiendo diferencias en cuanto a sexo y edad.

Diez respondientes (2,9%) recomiendan apoyo psicológico, predominando en el sexo femenino. Pensamos

que esto se pueda deber a que las médicas globalizan más al paciente, o que confían más en estos especialistas que los profesionales masculinos.

Tres (1%) recomiendan no tener hijos, correspondiendo el doble de las respuestas al sexo femenino, lo que evidenciaría que la maternidad está jerarquizada por las mujeres.

25% corresponde a una miscelánea de recomendaciones: no tener relaciones sexuales, no donar sangre ni semen, mantener pareja estable y fidelidad (siendo mayor en los encuestados del sexo masculino), vida sana, buena alimentación, ejercicio, higiene personal, dejar hábitos negativos como la toxicomanía, cuidarse de infecciones, vida digna, etcétera.

Pregunta 7.1

7.1) *Cuando ud. solicita VIH en forma rutinaria y es negativo ¿cómo actúa?*

Respecto a la solicitud del VIH hecha rutinariamente, 41 (12,2%) no contestan y 40 (11,9%) manifiestan que no lo incluyen en los exámenes de rutina.

Del resto, que sí lo solicita, si resulta negativo, sólo repiten el examen 118 (35,1%) por diferentes razones.

Si hay factores de riesgo, solamente 4 (1,1%) brindan información y repiten el examen.

Destacamos que 52 (15,4%) se “quedan tranquilos”, 48 (14,3%) le comunican al paciente el resultado y 27 (8,1%), además de comunicarle, le brindan información.

Pregunta 7.2

7.2) *Si un paciente solicita test de VIH y es negativo, ¿cuál es su conducta?*

En relación a esta interrogante 27 (8,2%) no contestan. La conducta mayoritaria es la repetición del test: 141 (42%) (si existen factores de riesgo 105, 31,3%) y sin especificar la razón 36 (10,7%).

38 encuestados (11,4%) explican la limitación del test, un porcentaje igual sólo comunica el resultado.

Del total de los encuestados, 62 (18,5%) aconsejan medidas de prevención, sin aclarar conductas respecto a la repetición o a la información brindada.

Pregunta 7.3

7.3) *Si ud. solicita un VIH para llegar a un diagnóstico y es negativo ¿cómo lo interpreta?*

Repiten el examen 206 (61,3%), explicando el fundamento de su decisión, en base a la existencia de factores de riesgo y período ventana. Sólo en 54 (16,1%) esta conducta va a depender de la clínica del paciente; 6 (1,8%) manifiestan “quedarse tranquilos”, 4 (1,2%) buscan otro

diagnóstico y 4 (1,2%) lo pasan a especialista. No contestan 33 (9,8%).

Analizando globalmente la pregunta siete, nos podríamos preguntar qué implica el proceso de la solicitud del test. Es un compromiso con el paciente en relación con la información a brindar antes de la solicitud, después de conocer el resultado, con respecto a las limitaciones del test y la necesidad de repetición del mismo.

Pregunta 8

8) ¿Toma precauciones al atender a un paciente VIH-Sida? ¿Cuáles y por qué?

No respondieron a esta pregunta 17 (5,1%).

No toman precauciones 29 (8,3%) ya que, “*la práctica médica no lo exige*”. No se aclara por parte de los que respondieron a qué práctica se refieren.

269 (80,1%) toman precauciones especiales y específicas, variando según las circunstancias. De éstos 137 (40,8%) toman las precauciones si hay contacto con sangre y en procedimientos quirúrgicos; 57 (17%) tienen cuidados con los inyectables y usan guantes; 30 (8,9%) usan guantes, tapaboca y lentes; 14 (4,2%) toman precauciones para evitar el contagio. Sólo 9 (2,7%) siguen las pautas de bioseguridad establecidas para el personal de salud; 22 (6,5%) toman otro tipo de medidas (la mayoría fóbicas), como no dar la mano, tirar el bolígrafo si el paciente lo ha usado, etcétera.

En algunos casos no se aclaran las razones para las actitudes que se asumen, que parecen desmedidas y sin asidero científico.

Los 22 restantes (6,5%) responden que no toman precauciones especiales frente a un paciente VIH-Sida, para evitar la discriminación.

De acuerdo a la mayoría de los autores basados en las recomendaciones de la OPS-OMS que habitualmente son de consenso, el riesgo de contraer la infección existe. De Andrés Medina, remarca “*que hay un riesgo de 0,28% para exposición percutánea y de 0,04% en la mucocutánea. Según el CDC (EE.UU.) sería ligeramente superior a este último para la exposición cutánea (0,1%) e inferior para la exposición mucosa*”⁽¹⁰⁾.

Por lo tanto no sería recomendable tomar medidas especiales ni específicas, incluso en casos quirúrgicos o traumatológicos, si no más bien considerar a todos los pacientes que se asisten como infectados y por lo tanto potencialmente de riesgo. De esta manera se atenderán todos los pacientes en la mejor forma para ambos (pacientes y personal de salud) y no se establecerán diferencias que son discriminatorias, prácticas que debería estar ya erradicadas en nuestra actividad.

Por ello sólo 22 (6,5%) de los que responden, se comportan tal como lo recomienda la OPS-OMS⁽²⁷⁾.

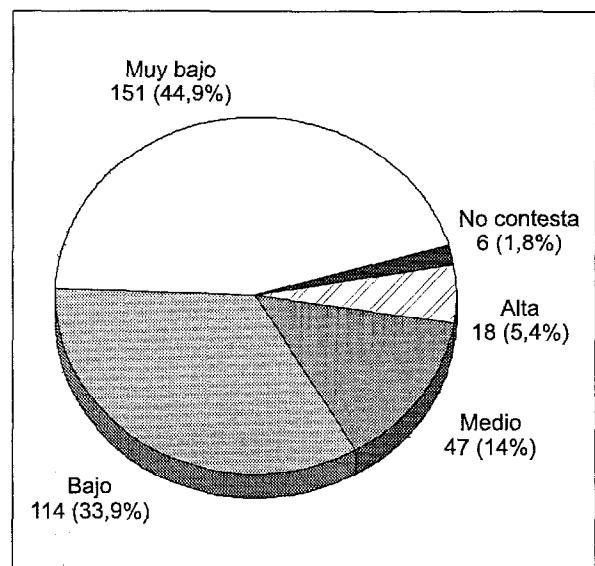


Figura 3. ¿Qué piensan los profesionales del riesgo del personal de salud de contraer el virus VIH?

Pregunta 9

9) ¿Cuál es la probabilidad de adquirir la enfermedad que tiene el personal de salud que atiende a un paciente VIH?

Analizando los datos emergentes de la Encuesta, encontramos que 6 (1,8%) no contestan, el resto manifiesta que:

- el riesgo es muy bajo: 151 (44,9%)
- bajo: 114 (33,9%)
- medio: 47 (14%)
- alto: 18 (5,4%) (figura 3).

El análisis con respecto a la edad no muestra diferencias a destacar.

En relación a la actividad específica de los técnicos, vemos que entre los que se inclinan por que el riesgo es alto son los urólogos, anestesistas, internistas y cirujanos.

Si unimos el riesgo bajo y muy bajo, la mayoría de los ginecólogos opinan en este sentido, la mitad de los cirujanos opinan en forma similar, y la otra mitad se inclina a que el riesgo es alto o medio.

Si nos atenemos a las definiciones de lo posible y lo probable, veremos que adquirir este virus es posible aunque no siempre probable.

Analizando las vías de transmisión del VIH vemos que todas ellas son posibles y la más probable es la sanguínea (en todas sus modalidades: transfusión cercana a 100%, embarazo 25%, uso de drogas intravenosas 15-25%), y la sexual no alcanzaría en ninguna de sus formas a 1%. Es obvio por qué esta última, a pesar de su poca “eficiencia” es la más común.

La probabilidad de contagio por accidente laboral pue-

de darse cuando está involucrado un fluido orgánico (sangre, semen, secreciones cérvico vaginales y leche materna). La sangre es el único fluido orgánico implicado en 100% de las infecciones documentadas adquiridas, como consecuencia de un accidente ocupacional.

El impacto del accidente y su potencial consecuencia, la infección, depende de varios aspectos: frecuencia del mismo, volumen transferido y la concentración del virus en él, período de la enfermedad del paciente, viabilidad del virus en el fluido y sobrevida del virus fuera de la célula.

El volumen del fluido trasmítido debe ser importante pues la eficiencia de los accidentes es muy baja, no superando 0,2% o 0,3% ⁽¹⁰⁾.

Si el accidente se produce con una aguja N°18 (de las más gruesas) y la penetración alcanza a los 0,5 cm, la cantidad inoculada es de 3,4 μ L.

Con respecto al período de la enfermedad es conocido que los accidentes con sangre son especialmente riesgosos en el período inicial y final de la infección. Durante el período de latencia clínica, si bien la concentración es menor, existe un riesgo real.

Durante el período ventana, cuya duración depende de varios factores, el riesgo es muy variable. Es mayor cuanto menor sea la duración de este período y la forma de adquisición de la infección: si es postranfusional, el período ventana es prácticamente cero, si es por otras vías puede durar desde menos de 5 días a 5 semanas (en más de 99% de los casos). Hay estimaciones de que ocurre un accidente durante el período ventana en menos de 1/300.000 transfusiones. Existen factores relacionados con nuestra capacidad técnica para detectar el virus (es más corto el período ventana según la técnica que usemos: reacción en cadena de la polimerasa (PCR), carga viral, ELISA, etcétera).

Si tomamos en cuenta las horas asistenciales dedicadas a las personas con VIH (sean portadores asintomáticos o con Sida) podemos estimar qué pasa; en nuestro país es aproximadamente de 300.000 horas/año. Durante estas actividades son muchos los accidentes que ocurren y, desde el primer caso de Sida descrito en el Uruguay (1983) a la fecha (1997) se registró un solo caso de seroconversión en una trabajadora de la salud, auxiliar de enfermería.

Si se extrae al mundo entero, veremos que son varios cientos de millones las horas/año de asistencia sanitaria, y el número de infectados por accidente laboral a diciembre de 1996 fue de 88 ⁽¹⁰⁾. Entre ellos hay varios casos de accidentes con material depositado en recipientes de recolección de basuras, lo que indica "que no sólo hay riesgo en nuestro trabajo, sino que también por nuestro tra-

jo". En este caso si bien no somos responsables de los accidentes sí lo somos de sus posibles consecuencias.

Otro factor a tener en cuenta en cuanto al riesgo laboral es la prevalencia de la infección por VIH en la población asistida en el centro hospitalario. Hay países africanos – algunas poblaciones en ellos – donde la prevalencia alcanza 50% y otros donde no llega a 1%. En nuestro medio se desconoce la prevalencia hospitalaria.

En relación a la viabilidad del virus en otros fluidos involucrados, no se debe olvidar que el VIH ha sido hallado prácticamente en todos: saliva, sudor, lágrimas, orina, etcétera, y en ellos posee poca viabilidad, debido a factores químicos (pH, concentración salina, etcétera) y enzimáticos; encontrándose siempre en baja concentración, lo que hace que no sea un mecanismo idóneo para transmitir la infección.

Por ser el VIH un germen intracelular obligatorio, podría decirse que vive tanto como la célula huésped. La vida extracelular es escasa dependiendo de las condiciones ambientales: a bajas temperaturas (-70°C o más bajo) puede conservarse por lapsos prolongados. En el caso de la sangre u otros fluidos, puede asimilarse su comportamiento al del sobrenadante de los cultivos celulares. En éstos, sólo se detecta por 24 horas, a menor concentración inicial del virus en la sangre sería aún menor la sobrevida; por tanto en sangre o en tejidos desecados sería muy bajo. A 2-8°C puede recuperarse hasta a los 7 días, disminuyendo la duración a medida que aumenta la temperatura (a 56°C sobrevive 30 minutos).

Un caso particular se plantea con las autopsias, porque si bien el virus intracelular deja de ser viable, el riesgo después de la muerte ("muerte como un todo") puede persistir hasta 4 días.

Pregunta 10

10) Las actividades que el SMU ha desarrollado para promover la capacitación de los profesionales médicos sobre el temas ha sido: insuficiente – suficiente – muy suficiente.

La mayoría (56,3%) considera que las actividades llevadas a cabo por el SMU han sido insuficientes.

En las sugerencias se señaló que en el futuro la Comisión de Impacto Psicosocial de VIH-Sida, deberá considerar la realización de actividades diversificadas (publicaciones, cursos, trabajos científicos, jornadas de divulgación, etcétera).

Conclusiones y recomendaciones

El impacto psicosocial del VIH-Sida trae aparejadas reacciones que repercuten negativamente sobre el paciente afectado, agravando su situación de salud.

La discriminación, la marginación y la fobia desencadenadas por esta afección, tienen efectos claramente regresivos en el plano emocional, interrelacionados con los mecanismos defensivos ya disminuidos por la propia enfermedad.

Los resultados, nos han permitido detectar áreas de desinformación, como lo prueba la tasa elevada de no respuestas a varias preguntas, o de respuestas poco precisas.

Llama la atención el alto porcentaje de encuestados que ha manifestado haber asistido a pacientes VIH-Sida. No sabemos el significado del término “*asistido*”: ¿fue un contacto casual o fueron realmente responsables del diagnóstico y seguimiento del paciente? Este punto es muy importante puesto que el estrecho contacto con el paciente contribuye —junto con otros factores— a modificar actitudes y comportamientos.

Tratando de sistematizar lo investigado, los comportamientos de los profesionales fueron analizados en tres planos:

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

Con respecto a la indicación del test de VIH, encontramos que no hay homogeneidad en la indicación del mismo dentro del cuerpo médico. Destacamos que 37% no lo solicitan frente a ETS, 28% en conductas de riesgo y 21% aún cuando el paciente lo pida.

Desde la aparición de la enfermedad en nuestro medio (1983) hasta la actualidad, la polémica sobre la indicación sistemática de la prueba de detección del VIH se ha ido transformando desde una postura radicalmente opuesta a otra más sensata.

Hay que remarcar que a pesar de que el profesional conozca la condición de serología positiva de su paciente, de este conocimiento no deriva un menor riesgo accidental⁽¹⁰⁾.

El test de detección de VIH debe ser solicitado siempre con el consentimiento informado del paciente como en otras patologías, a pesar de que tradicionalmente se indican exámenes complementarios para confirmar o descartar hipótesis diagnósticas sin el consentimiento informado. Sin embargo, frente al VIH-Sida, enferme-

dad asociada en la percepción social a “*conductas desviadas*” y vinculadas a juicios morales negativos, es necesario informar y obtener el consentimiento en el marco de una adecuada relación médico-paciente, con conservación de sus valores éticos (“*asentimiento dialogado*”)⁽²⁸⁾.

No hay normas genéricas para la solicitud de la prueba del VIH, excepto las recomendaciones señaladas del CDC, por lo que de las opciones propuestas, se *recomienda*; además de las obligatorias por normativa (IMAE, donantes de sangre, órganos o tejidos, pacientes con tuberculosis activa, embarazadas): *en los pacientes en que se diagnostica ETS, en las personas con conductas de riesgo, en todos los cuadros clínicos en que el médico lo plantea como un diagnóstico probable, con consentimiento informado del paciente, y en todas las circunstancias que la persona lo solicita*.

En nuestro medio suelen indicarse exámenes calificados como de “*rutina*”, solicitados habitualmente ya sea para valoración general o preoperatoria. No siempre estos están vinculados a la situación del paciente. Se cree que el test de detección del VIH no debe incluirse entre ellos, excepto en situaciones específicas como el embarazo y siempre con el previo consentimiento de la paciente.

En cuanto a la interpretación de una prueba de VIH, vemos que las conductas no son uniformes. Un resultado negativo no significa descartar la infección, por lo tanto si el médico está basado en aspectos clínicos y epidemiológicos, la conducta más coherente sería repetir los exámenes basados en los factores de riesgo y el período ventana; dependiendo de cuál factor de riesgo es el que entra en juego en cada paciente. El período ventana dependerá del factor de riesgo que condiciona la adquisición de la enfermedad, en el caso de la transfusión es prácticamente nulo; en la transmisión sexual se considera un máximo de 6 meses. Elementos estos que no aparecieron claramente expresados en las respuestas de los encuestados.

No es apropiada la actitud frente a un resultado no reactivo (lo que no significa ausencia de infección) el “*quedarse tranquilos*”, ya que si pensamos que a pesar de este resultado primario el paciente puede tener una infección VIH, la secuencia correcta sería solicitarlo, previo consentimiento, comunicar el resultado, informar sobre el valor de un resultado negativo, y repetirlo si el paciente lo amerita.

Los médicos de las especialidades quirúrgicas consideraron que por su actividad profesional están en mayor riesgo que los otros profesionales de la salud. Esto no se refleja en los resultados de ninguno de los estudios realizados hasta ahora⁽¹⁰⁾. En EE.UU. se calcula que se realizan 27 millones de intervenciones quirúrgicas al año y no

ha habido ninguna seroconversión relacionada a esta actividad profesional hasta diciembre de 1996. La mayoría de los 88 casos de VIH por accidente laboral documentados hasta diciembre de 1996, corresponden al personal de enfermería (43) y de laboratorio (18) (se debe considerar que el personal de enfermería es más numeroso, por eso el riesgo en ambos grupos es bastante similar). En nuestro país se registró un solo caso de infección por accidente laboral durante 1996, en una auxiliar de enfermería.

El riesgo de infección accidental es bajo, pero al decir *es* se quiere decir que existe y, si hoy hay 88, mañana podría haber uno más.

Si bien el accidente no es un mecanismo frecuente (menos de 0,2%), cuantos *más* accidentes *más riesgo*.

En cuanto a las precauciones para atender a los pacientes en relación a las prácticas discriminatorias de los encuestados, aún se evidencian comportamientos que creemos no deberían existir en nuestra profesión. Llama la atención que sólo 22 técnicos (6,5%) dice comportarse como lo recomienda la OPS/OMS (*tratar a todos de igual manera para evitar discriminación*). Deberíamos tomar en consideración que quizás este bajo porcentaje se deba a que las respuestas fueron dadas hace un par de años, y creemos que hoy serían muchos más los que no harían diferencias entre pacientes y todos serían atendidos de igual manera.

En lo que hace a las recomendaciones, que los profesionales le harían a un paciente portador de VIH se ha priorizado el uso del preservativo y los controles periódicos, tendiendo a proteger a la pareja para evitar la transmisión, y es probable también que se considere, en algunos casos, el concepto de reinfección. Se menciona mucho la vida sana como consejo, lo cual tiene una connotación positiva en cuanto al papel del médico de cuidar a su paciente. Pero también se habla de vida digna, y aquí la connotación es negativa, con un juicio de valor, como si lo vivido hasta ese momento hubiera sido indigno.

En lo que respecta a las actitudes y comportamientos en el plano ético, del respeto a los derechos del paciente, se refiere entre otros al consentimiento y a la confidencialidad. ¿Quién debería saber la condición de portador VIH del paciente y a quién se debería comunicar si el paciente se negara a hacerlo?

Es un tema aún polémico, no hay normativas específicas al respecto. Teóricamente, si no existiera la discriminación, en forma evidente o sutil en los distintos ámbitos, todos podrían acceder al conocimiento.

En la encuesta, los respondientes en este punto expresan en un alto porcentaje (41,8%) que deberían saber la condición de portador el ámbito familiar, la pareja sexual y el personal de salud. Si el paciente se niega a comunicar

su condición, vemos que los profesionales jerarquizan la opción del paciente.

Comunicar el diagnóstico de seropositividad a familiares o allegados por parte de un portador, no es una tarea del todo fácil. Los miedos y las dudas se acumulan, dificultando el manejo correcto de la comunicación.

Ante esto ¿qué alcance debe tener el secreto médico?, ¿qué hacer ante la solicitud de información de la familia, patronos, de compañías de seguros de vida, para el ingreso en el mutualismo, etcétera? ¿Cuál es el punto de equilibrio entre los derechos del paciente y los deberes y obligaciones del médico?

El secreto que debe guardarse con respecto a la situación de portador de una persona se apoya en un doble fundamento: los derechos del paciente y los derechos de la comunidad ⁽²⁴⁾.

Consideramos que los integrantes del equipo de salud que asisten directamente al paciente tienen el derecho de conocer su condición de seropositividad, en aras siempre del mejor beneficio para el paciente.

Es indudable también el derecho al conocimiento por parte de la propia persona; así como de las autoridades de salud pública a través de la notificación reservada y confidencial (decreto 145/984 del MSP), con fines de vigilancia epidemiológica.

También tendrán derecho a conocer la condición de portador aquellas personas identificables que se encuentren claramente en riesgo (pareja sexual).

La encuesta apuntó también a recoger información acerca del componente afectivo en la relación médico-paciente. Estos pacientes están bajo intenso estrés emocional desde el momento del diagnóstico, por lo que dicho componente repercute esencialmente en la calidad de la atención, lo que hace que el manejo psicosocial de estos pacientes sea parte relevante del tratamiento.

En lo que respecta al componente afectivo de la relación médico-paciente, algunos de los sentimientos expresados fueron positivos (compasión, sentimientos humanitarios), otros aparentemente demasiado neutros (*"es un paciente más"*, *"es como cualquier paciente"*). Otros negativos (*"rechazo"*, *"miedo"*). El rechazo surge casi seguramente por prejuicios hacia algunos estilos de vida o por el miedo, ya que sabemos que cuando el miedo es muy intenso lleva a rechazar el objeto.

Respecto a las actitudes de los médicos frente a los pacientes, podría existir un bloqueo para la búsqueda de la información o un claro comportamiento fóbico frente al paciente, demostrado cuando se refiere que es un problema de *"otros"* profesionales, o se trata de derivar el paciente. Aunque existan médicos que están especializados en el tema, lo ideal es promover que todos los médicos

generales manejen ampliamente la información sobre el problema para oficiar como tratantes responsables.

Un grupo de médicos y practicantes (28,1%) ha expresado una actitud positiva hacia el aprendizaje, la búsqueda de información, la educación continua, no sólo en los aspectos científico-técnicos, sino en el manejo ético del problema, y el plano afectivo de la relación con el paciente.

También se ha puesto de manifiesto la existencia de tensiones en el contacto con los pacientes VIH-Sida, reflejados en el rechazo a atenderlos, en el miedo al contagio, cuya explicación por ahora, es hipotética y en la que debemos ahondar en futuras investigaciones.

Estos hallazgos, sin embargo, nos permitirán empezar a trabajar para reforzar actitudes positivas hacia la atención del paciente, modificar o adquirir otras, y así mejorar nuestros comportamientos. En la medida que estas conductas se modifiquen, tendremos para el paciente una mejor calidad de atención, contribuyendo a mejorar la imagen de nuestra profesión, que algunos grupos y algunos medios de comunicación cuestionan periódicamente, destacando siempre lo negativo y no lo positivo de nuestra actividad.

Los médicos, como integrantes activos de la sociedad y como responsables de promover salud, estamos llamados también aquí al enorme desafío de ser protagonistas ante esta pandemia. En el abordaje terapéutico de esta enfermedad existen esperanzas, en forma de nuevos tratamientos (triterapia), y nuevas tecnologías para el monitoreo de la evolución (carga viral). Esto no se acompaña de un avance similar en el plano de las reacciones sociales, la desinformación y la marginación a que están expuestos estos pacientes, que en estos momentos los llevaría a alcanzar la "*muerte social*", antes que la "*biológica*"⁽²⁹⁾.

Se evidencia la necesidad de una gran discusión de este tema, en un ámbito amplio y sin prejuicios: SMU, FEMI, MSP, Universidad y otros, para alcanzar a comprender hasta dónde llegan nuestros derechos, sin vulnerar los ajenos, y también analizar con realismo y sinceridad qué beneficios comportan las medidas discriminatorias: ¿nos ayudan en nuestra tarea?, ¿evitan nuestra contaminación?, y varias más que seguramente pueden plantearse.

El médico está colocado en una posición privilegiada se diría única —en la cadena de medidas preventivas contra esta enfermedad—, ya que puede proporcionar la información correcta y oportuna a la población sana, en tanto las barreras frente a la enfermedad no sean tan intensas como para promover inclusive un rechazo a informarse sobre el tema.

Summary

An investigation was carried out of attitudes and practices regarding HIV/AIDS in conjunction with physicians and undergraduates through a 1995 survey aimed at the totality of the Uruguayan Medical Association. The survey was anonymous, self administered and voluntary, comprising ten questions with consequent qualitative analysis.

An investigation was undertaken of the indication of HIV test for patients; revision of results by the applicant physician; his response to an HIV carrier his attitude as regards a positive result; who should be acquainted of its occurrence; advice to a carrier management of a positive or negative test; interpretation of results; precautions in carrier care; risks by personnel in the incurrence of this type of pathologies, and required training by the medical profession.

The survey assumes an exploratory character involving an early approach to the public in order to convey awareness to the health personnel in the professional relationship with these patients.

The data collected has valid globality, dealt with only in terms of frequency.

Available results have enabled the detection of areas of misinformation.

As regards the precautions aimed at patient care, discriminatory practices appear to be scanty; yet there is a certain amount of behavior patterns that should be regarded as alien to our profession. In conjunction with consent and confidentiality, the topic remains controversial in the absence of normative specifications.

Also rendered manifest is the existence of tensions in the contact with HIV/AIDS patients, evidenced by the presence of "fear".

Résumé

On a fait une recherche sur les attitudes et pratiques sur VIH/SIDA des médecins et praticiens, au moyen d'une enquête de 1995, adressée à tous les associés du S.M.U. Cette enquête a été anonyme, autogérée et volontaire, comprenant dix questions; on en a fait l'analyse qualitative.

On étudie l'indication de la preuve de VIH aux patients; la révision des résultats par le médecin qui la sollicite; sa réaction face au porteur VIH; son attitude face au résultat positif; qui devrait être au courant de la condition de porteur de son patient; conseils pour un porteur; attitude face à une preuve positive ou négative; interprétation des résultats; précautions à l'assistance d'un porteur; risques du personnel face à cette pathologie, et besoin de formation des médecins.

L'enquête a un caractère d'approfondissement du thè-

me, une première approche au public, afin de sensibiliser le personnel de santé à la relation professionnelle avec ces patients. Les données recueillies sont valables globalement, décrites seulement en ce qui concerne la fréquence.

Les résultats nous ont permis de détecter les aires de désinformation.

Quant aux précautions pour assister ces patients, les pratiques discriminatoires surgissent comme peu fréquentes, mais évidencent certains comportements qui devraient être écartés de notre profession.

En ce qui concerne le consentement et la confidence, le thème reste polémique, dans la mesure où il n'y a pas une normative spécifique.

Il est évident aussi l'existence de tensions au contrat avec les patients VIH/SIDA, par la présence de la "peur".

On signale le besoin d'une plus grande discussion sans préjugés de toute la société civile.

Bibliografía

1. **Comitato Centrale Del Consiglio Ecumenico Delle Chiese, Gruppo Consultivo AIDS, HIV/AIDS.** La risposta delle Chiese. In: Il Regno—Documenti. Bologna, 1996 (19): 636—40.
2. **Comision Sociale de L'épiscopat.** Devant le Sida relancer l'espérance. In: La Documentation Catholique, 1996: (2133): 237—40.
3. **Juan Pablo II.** Ante el Sida: una prevención digna de la persona humana y una asistencia compasiva. In: L'Oservatore Romano. Discurso del 15 de noviembre de 1987 a los participantes al congreso Internacional para estudiar los problemas del Sida en Roma.
4. **Curbelo MC, De Pena M, Berlangieri C.** VIH – Sida. Consideraciones médico–legales. Rev Méd Uruguay 1991; 7: 91—107.
5. **Savio E.** Evolución y perspectiva del VIII en Uruguay. Sida un desafío sin fronteras. Jornadas Franco–Uruguayas. Montevideo, 1994.
6. **Ministerio de Salud Pública (Uruguay).** Informe epidemiológico Nacional del MSP. Programa Nacional de Control de ETS–Sida, 28/2/98. Montevideo, 1998.
7. **Sindicato Médico del Uruguay.** Padrón Médico Nacional. Montevideo: SMU, 1996.
8. **Gracia D.** La relación clínica. Rev Clín Esp 1992; 191 (2).
9. **Chapman K, Meadows J, Catralan J.** Testing patients for HIV before surgery: the views of doctors performing surgery. AIDS Care 1995; 7: 125—8.
10. **De Andrés Medina R.** Exposición ocupacional a VIH en la atención de salud en el mundo. Rev Méd Uruguay 1997; 13(3): 149—82.
11. **Ministerio de Salud Pública (Uruguay).** ETS. Normas de diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico. Montevideo: MSP, 1997.
12. **Centers for Disease Control.** Guidelines HIV testing. MMWR 1996; 45: 316.
13. **Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scot G, O'Sullivan MJ.** Reduction of maternal infant transmission of human immunodeficiency virus type I, with zidovudine treatment. N Engl J Med 1994; 331: 1173—80.
14. **Sindicato Médico del Uruguay.** Código de ética médica. Aprobado el 27 de abril de 1995. Montevideo: SMU, 1995: 1-64.
15. **Cousins N.** Head fist: the biology of hope, 1989. Citado por: Barbero Gutiérrez J. Sida y familia: cómo y a quién informar. Un test ético y comunicativo para la atención primaria. Quirón 1993; 27 (3): 27—37.
16. **Aguirre R.** Sida y escucha: prevención en convivencia. Informe sanitario sobre la dinámica de la infección por el VIH Sida en la comunidad escolar. Sida, Sociedad y Derechos humanos. Madrid: Cruz Roja Española, 1992: 139—55.
17. **Kornblit ML, Mendes AIM.** Representaciones sociales de los trabajadores sanitarios en relación con el Sida. Ciencias Sociales y Medicina La Salud en Latinoamérica. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, 1994: 71—7.
18. **Shapiro MF, Hayward R, Guillermont D, Jayle D.** Residents experiences in, and attitudes toward the care of persons with AIDS in Canada, France and the United States. JAMA 1992; 268: 510—5.
19. **Rogers DE.** The influence of attitudes on the responses to AIDS in the United States. IJD 1994; 169: 1201—5.
20. **Miller R, Bor R.** AIDS: A guide to clinic counselling. London: Science Press, 1988.
21. **Barbero Gutiérrez J.** ¿A quién comunicar el diagnóstico de VIH?. Confidencialidad. III Reunión sobre Sida, consumo de drogas e infección por VIH. Santiago de Compostela, 1996.
22. **López Azpitarte E.** Aspectos éticos en torno al Sida. Todo Hospital 1991; 82: 37—47.
23. **Miler D.** Viviendo con Sida y HIV. México: El Manual Moderno, 1989.
24. **Elizari FJ.** Sida y secreto médico. Moralia, 1990; 12: 55—85.
25. **International Comission of Occupational Code of Ethics for Occupational Health Profesional.** Singapore, 1996.
26. **Danatro D, Monetti F, De Pena M.** Sida y trabajo. La importancia de la confidencialidad. Congreso Uruguayo de Medicina del Trabajo, 2. Montevideo, 1996.
27. **World Health Organization.** Biosafety guidelines for diagnostic and research laboratories working with HIV. Geneva: WHO, 1991: 1-28 (Series 9 WHO).
28. **Kraut A.** Responsabilidad profesional de los Psiquiatras. Buenos Aires: La Roed, 1991: 161—7. Citado por: Di Donatino C. El consentimiento informado en la reproducción asistida. Buenos Aires: Eledé, 1991: 84 p.
29. **Edery D.** Clínica Psiquiátrica de la Infección VIH–Sida. Monografía de Posgrado. Montevideo: Facultad de Medicina, 1992: 114 p.

Anexo

Actitudes y prácticas sobre VIH-SIDA

Encuesta anónima a médicos y practicantes

La presente encuesta tiene como objetivo conocer la realidad acerca de las actividades y prácticas de los médicos y practicantes en relación al VIH Sida, a fin de lograr una primera aproximación al tema, que permita instrumentar y promover desde esta comisión acciones en aquellas áreas que se detecten criterios inhomogéneos con el fin de unificarlos.

Edad: 20 a 29 Sexo: F M
 30 a 39 Practicantes
 40 a 49 Medicina general
 50 a 59 Especialista
 60 a 69
 más de 70

¿Cuál ejerce?

5) En caso de que su paciente VIH se negara a comunicar la condición de portador ¿a quién cree Ud. debería notificar? (Puede marcar más de una opción)

- A) Ámbito familiar E) Ámbito educativo
 B) La pareja sexual F) Ámbito deportivo
 C) Personal de salud G) Nadie
 D) Ámbito laboral

6) ¿Cuáles son las principales recomendaciones que le haría a su paciente portador de VIH y por qué? Enumere por lo menos tres.

7) 7.1. Cuando Ud. solicita VIH en forma rutinaria y es negativo, ¿cómo actúa?

7.2. Si un paciente solicita test de VIH y es negativo, ¿cuál es su conducta?

7.3. Si Ud. solicita un VIH para llegar a un diagnóstico y es negativo, ¿cómo lo interpreta?

8) ¿Toma precauciones al atender a un paciente VIH-Sida, ¿cuáles y por qué?

9) ¿Cuál es la probabilidad de adquirir la enfermedad que tiene el personal de Salud que atiende al paciente portador de VIH?

- 9.1. Alta
 9.2. Mediana
 9.3. Baja
 9.4 Muy baja

10) Las actividades que el SMU ha desarrollado para promover la capacitación de los profesionales médicos sobre el tema, ha sido:

- 10.1. Insuficiente
 10.2. Suficiente
 10.3 Muy suficiente

Sugerencias
