



Persistencias en la epidemia de VIH

**Estigma y acceso
a la atención hospitalaria
de personas con VIH
y otras poblaciones clave**

Persistencias en la epidemia de VIH

Estigma y acceso
a la atención hospitalaria
de personas con VIH y
otras poblaciones clave

María Pía Pawlowicz,
Yamila Abal
y Diana Rossi

Investigación: Atención hospitalaria: facilitadores y obstáculos simbólicos y organizacionales para el acceso de personas con VIH y poblaciones clave en Argentina. Estudio sobre estigma y discriminación hacia las personas con VIH y poblaciones clave en la Argentina.

2019

Pawlowicz, María Pía

Persistencias en la epidemia de VIH : estigma y acceso a la atención hospitalaria de personas con VIH y otras poblaciones clave / María Pía Pawlowicz ; Yamila Abal ; Diana Rossi. - 1a ed revisada. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Intercambios Asociación Civil, 2019.

130 p. ; 22 x 14 cm.

ISBN 978-987-28608-8-2

1. VIH. 2. Atención a la Salud. I. Abal, Yamila. II. Rossi, Diana. III. Título.

CDD 362.196979

Organización responsable

Intercambios Asociación Civil

Personal responsable

María Pía Pawlowicz, investigadora principal.

Yamila Abal, investigadora y supervisora de campo.

Consultoras

Diana Rossi

Graciela Touzé

Comité técnico de seguimiento

- Marcelo Vila, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (OPS/OMS) Argentina.
- Clarisa Del Valle Brezzo, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Argentina, Chile, Paraguay & Uruguay.
- José Manuel Pinto Dos Reis Da Quinta, asesor en Movilización Comunitaria de ONUSIDA para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay.
- Ariel Adasko, Coordinador del Área de Información Estratégica de la Dirección Nacional de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.
- Marysol Orlando y Sebastián Águila, miembros del Área de Información Estratégica de la Dirección Nacional de Sida, ETS, Hepatitis y TBC del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.

Entrevistadoras: Yamila Abal, Cecilia Argañaraz, María Elisa Flores Barros, Agustina Alarcón, Lorena Rodríguez.

Desgrabadoras: Julia Patiño y Alejandra Muñoz Montecino.

Codificación de datos cualitativos: Fabio Barceló.

Diseño: Andrés Venturino

La presente publicación se realizó con el apoyo técnico y financiero de OPS/OMS en el marco de las actividades del Programa Conjunto de Naciones Unidas para el Sida (ONUSIDA).

Índice

Agradecimientos	7
Presentación	9
Resumen ejecutivo	11
1. Conceptos claves, objetivos y métodos del estudio.....	17
1.1 Objetivo general y específicos.....	21
1.2 Metodología.....	22
1.2.1 Trabajo de campo.....	26
1.2.2 Análisis de datos.....	27
1.3 Características de la muestra de los/as profesionales.....	27
1.3.1 Condiciones de trabajo de los/las profesionales	29
1.4 Características generales de la muestra de usuarios/as.....	31
1.4.1 Características particulares de cada uno de los grupos	33
2. Accesibilidad de las personas con VIH a la atención hospitalaria.....	35
2.1 Barreras socio-económicas de acceso para las personas con VIH.....	36
2.1.1 Los problemas de empleo, de visibilidad y de confidencialidad como expresión de la discriminación social	40
2.2 El vínculo con los servicios de salud como clave para el acceso.....	42
2.3 Prácticas diferenciadas en la atención de las personas con VIH	45
2.4 La permanencia de la centralidad de la transmisión en el discurso de los/as profesionales	48
2.5 Test diagnóstico: disponibilidad, criterios de indicación y consentimiento informado.....	51

3. Accesibilidad de las poblaciones clave a la atención hospitalaria	53
3.1 Pueblos originarios.....	56
3.2 Personas trans.....	62
3.3 Personas migrantes.....	67
3.4 Personas que usan drogas.....	72
3.5 Otras poblaciones clave.....	77
3.5.1 HSH (hombres que tienen sexo con hombres).....	77
3.5.2 Trabajadores/as sexuales.....	79
4. Dinámicas, prácticas y otros aspectos organizacionales del hospital	81
4.1 Redes de las poblaciones clave según la perspectiva de los/as profesionales.....	82
4.2 Percepción de los/as profesionales sobre los recursos con los que cuenta el hospital.....	86
4.3 Registro de información en las historias clínicas.....	90
5. Propuestas para mejorar la accesibilidad a la atención hospitalaria	91
Conclusiones.....	100
Recomendaciones.....	107
Bibliografía.....	109

Agradecimientos

A las personas que participaron del estudio, a quienes lo financiaron, al comité de seguimiento, a las consultoras, a las entrevistadoras, a quienes desgrabaron, discutieron y codificaron los datos. A las siguientes personas y Comités por su colaboración:

- Omar Gutiérrez, coordinador de Enfermedades Transmisibles; y Raúl Román del Programa de VIH - SIDA de la Provincia de Jujuy;
- Juan Carlos Quintana, director del Programa de Prevención y Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH Sida de la Provincia de Chaco;
- Sergio Rodríguez, referente en el Hospital 4 de Junio del Programa de Prevención y Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH Sida de la Provincia de Chaco;
- Claudio Bloch, secretario de Salud del municipio de San Martín;
- Amelia Franchi, directora del Hospital Interzonal General de Agudos Eva Perón, municipio de San Martín;
- Emilia Cohen, jefa del Servicio y Patricia González, enfermera del Servicio de Infectología del Hospital Interzonal General de Agudos Eva Perón, municipio de San Martín;
- Eduardo Warley e Inés Vieni del Servicio de Infectología del Hospital Interzonal General de Agudos Paroissien, municipio de La Matanza;
- Comité Nacional Asesor de Ética en Investigación de la Dirección de Investigación para la Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, creado por Resolución Ministerial 1002/16;
- Comité Provincial de Ética de la Investigación de la Provincia de Jujuy (CEIS);
- Coordinación General de Docencia e Investigación del Hospital Pablo Soria de San Salvador de Jujuy;

- Comité de Docencia del Hospital San Roque de San Salvador de Jujuy;
- Comité de Investigación del hospital Julio Cecilio Perrando de Resistencia, provincia de Chaco;
- Comité de Ética en la Investigación del Hospital Julio Cecilio Perrando de Resistencia, provincia de Chaco;
- Área de Docencia e Investigación del Hospital 04 de junio de Sáenz Peña, provincia de Chaco;
- Comité de Bioética (CBE) y Comité de Investigación (CODEI) del Hospital Interzonal de Agudos Eva Perón, municipio de San Martín, provincia de Buenos Aires;
- Área de Docencia e Investigación del Hospital Interzonal General de Agudos Paroissien, municipio de La Matanza, provincia de Buenos Aires.

Presentación

Graciela Touzé

Presidenta de Intercambios Asociación Civil

A casi 40 años del inicio de la epidemia de VIH, persisten temores irracionales y actitudes y juicios negativos hacia las personas que viven con el virus. A pesar de los innegables avances en materia de derechos humanos e igualdad de género, en muchos ámbitos continúan vigentes los prejuicios hacia ciertos colectivos que enfrentan altos niveles de estigma y hostilidad debido, entre otras cosas, a su género, orientación sexual, identidad de género, uso de drogas o trabajo sexual.

Desde sus inicios, la respuesta a la epidemia en Argentina se concentró fundamentalmente en los servicios de salud del subsistema público, en consonancia con una tradición de salud pública que defiende el derecho a la salud y el rol del Estado como garante de dicho derecho. En esos espacios que brindan la mayor cobertura, paradójicamente pueden encontrarse prácticas discriminatorias. Es por ello que resulta crucial el análisis y la comprensión de prácticas concretas ya que el sistema de atención tiene un sólido sustento en las capacidades que los/as trabajadores de la salud despliegan en el proceso de atención. Son ampliamente reconocidas las diversas dimensiones de la accesibilidad a los servicios de salud, que comportan obstáculos y facilitadores para dicho acceso. Entre éstas, la dimensión simbólica cobra particular relevancia cuando el estigma y los prejuicios hacia ciertos colectivos construyen barreras a veces infranqueables.

La publicación que aquí presentamos expone los resultados principales de un estudio sobre accesibilidad a la atención hospitalaria de las personas con VIH y de las poblaciones clave para la transmisión en zonas urbanas del Noreste (NEA), Noroeste (NOA) y del Gran Buenos Aires. El interés de este documento radica en que analiza la cuestión tanto desde la perspectiva de los/as trabajadores de salud como desde la de los/as usuarios/as de los servicios de salud y se propone como una herramienta para el desarrollo de recomendaciones programáticas y políticas.

En nuestro país se han producido avances legislativos que sostienen y promueven un paradigma de ampliación de derechos, avances alcanzados en buena medida como resultado del accionar de las organizaciones de la sociedad civil que, entre otros colectivos, nuclean a las personas con VIH y a las poblaciones clave. Se hace necesario contrastar estas acciones y marcos normativos con los procesos de atención y evaluar en qué medida están articulados entre sí; este estudio provee importantes insumos para esta reflexión.

Por último, destacar que este proceso de investigación fue posible gracias a un esfuerzo de colaboración y cooperación entre dos agencias intergubernamentales, un organismo gubernamental y una organización de la sociedad civil, lo que una vez más demuestra la potencia del trabajo mancomunado entre distintos actores.

Resumen ejecutivo

Persistencias en la epidemia de VIH Estigma y acceso a la atención hospitalaria de personas con VIH y otras poblaciones clave

Organización responsable: Intercambios Asociación Civil

Equipo de investigación: María Pía Pawlowicz y Yamila Abal.

Consultoras: Diana Rossi y Graciela Touzé.

Comité técnico de seguimiento: Marcelo Vila, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud,(OPS/OMS) Argentina; Clarisa Del Valle Brezzo, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), Argentina, Chile, Paraguay & Uruguay; José Manuel Pinto Dos Reis Da Quinta, asesor en Movilización Comunitaria de ONUSIDA para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay; Ariel Adasko, Marysol Orlando y Sebastián Águila, coordinador e integrantes del Área de Información Estratégica de la Dirección Nacional de Sida, ETS, Hepatitis y TBC del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.

La presente publicación se realizó con el apoyo técnico y financiero de OPS/OMS en el marco de las actividades del Programa Conjunto de Naciones Unidas para el Sida (ONUSIDA).

Objetivo: analizar la accesibilidad simbólica y organizacional a la atención hospitalaria de las personas con VIH y de las poblaciones clave para la transmisión en zonas urbanas del Noreste (NEA), Noroeste (NOA) y del Gran Buenos Aires.

Propósito: desarrollar recomendaciones programáticas y políticas para su implementación en el sistema de salud.

Metodología: descriptivo, cuali-cuantitativo y transversal. El trabajo de campo se realizó de febrero a mayo de 2019 en 6 hospitales públicos generales de las provincias de Buenos Aires, Jujuy y Chaco.

Técnicas: a) entrevistas semidirigidas a trabajadores/as de la salud, b) grupos de discusión y c) entrevistas en profundidad a personas con VIH y poblaciones clave usuarios/as de los mismos hospitales públicos donde trabajaban los/as profesionales.

Muestras: no probabilísticas e intencionales, compuestas por: **a) 61 profesionales de la salud** de entre 24 y los 77 años (media=47), principalmente de los servicios de Clínica Médica, Infectología y Trabajo Social. El 59% eran médicos y el 85,2% formaban parte de la planta permanente. Y **b): 45 usuarios/as de los hospitales:** 64,4% vivían con VIH, 28,9% eran hombres que tienen sexo con otros hombres, 26,7% eran personas trans, 11,1% eran personas que usan drogas (5) o migrantes (5), y 6,7% pertenecían a pueblos originarios o eran trabajadores/as sexuales. Algo más de la mitad se autopercibía como varón, 26,7% como mujer y 20% como trans. Las edades variaron de 20 a los 77 años (media = 42).

Resultados principales

- Percepción de barreras socio-económicas vinculadas a las políticas neoliberales de los últimos años. Mencionan: dificultades para la renovación de las pensiones no contributivas por invalidez, problemas para acceder al boleto y/o a pases gratuitos para el transporte público, discontinuidad en la provisión de medicamentos para los tratamientos antirretrovirales, y/o dificultades para acceder a una buena alimentación.
- **Barreras simbólicas** según población:
 - Los juicios de valor emitidos acerca de la vida privada de las **personas con VIH**, como la decisión de tener hijos/as o a quien contarle sobre su serología, muchas veces resultan en prácticas interpretadas como discriminatorias por los/as mismos/as usuarios/as.
 - En el mismo sentido, la asociación de las **personas trans, HSH o trabajadores/as sexuales** con la idea de “promiscuidad” y su identificación mecánica con las ITS resulta en discursos moralizantes que obturan la generación de confianza con los/as usuarios/as.
 - Los estereotipos que ubican a las **personas que usan drogas** como “inconstantes”, “no adherentes”, “demandantes” y “agresivos/as” obstruyen posibles intervenciones al predisponer a los/as profesionales a la certeza del fracaso de sus prácticas.

- La culpabilización de los **pueblos originarios y migrantes** por las dificultades de comunicación (“*son poco expresivos*”) legitima la disposición de aquellos/as profesionales que no generan estrategias para la mutua comprensión.
- La representación de **migrantes** como “*abusivos/as*” de los servicios públicos, que se constituyen en una “amenaza”, oculta que lo que realmente cercena el derecho a la salud deviene de las políticas macroestructurales de recorte y de ajuste presupuestario.
- Muchos/as usuarios/as pertenecen a más de una de estas poblaciones por lo que se produce una **interseccionalidad**, profundizándose las dificultades de acceso y la vulneración de sus derechos.
- Considerando la **accesibilidad geográfica**, en las localidades más pequeñas pareciera ser mayor la exposición de las personas a la visibilización, a rumores acerca de su estilo de vida y al incumplimiento en resguardar la confidencialidad de la información de su salud.
- **Accesibilidad organizacional:** las experiencias son heterogéneas, aunque coincidieron en señalar que el vínculo es clave para el acceso, en términos de “*buen trato*”, confianza y humanización de la relación por parte de los/as profesionales.
- Los excesivos tiempos de espera, las dificultades con los turnos, las derivaciones y los circuitos complicados de entender y seguir generan malestar y fueron mencionados como **barreras organizacionales**.
- Las **organizaciones sociales** que nuclean cada colectivo fueron apreciadas mayoritariamente de forma positiva porque facilitan el acceso a la información, la gestión de turnos y acompañan los tratamientos. Sin embargo, casi la mitad de los/as profesionales no sabía, o no respondió, si “*sus pacientes*” participaban de éstas.
- Los/as profesionales percibieron que la mitad de las personas de las poblaciones clave concurrían la mayoría de las veces **acompañadas** por personas que ofician de intérpretes, apoyan física y emocionalmente, ayudan a comprender alguna indicación, y/o colaboran en los cuidados o en las tareas administrativas.
- Los **modos de atención diferenciales** fueron interpretados como facilitadores por algunos/as profesionales al atribuir a la población con VIH la condición de ser “*más sensible*”. También

fueron valorados los dispositivos específicos como la oficina de traductores indígenas o los consultorios amigables para personas trans. Por otros, la atención diferencial fue percibida como obstáculo cuando existe una sala o fila específica para las personas con VIH porque visibiliza su condición.

- El **“riesgo de transmisión”** persiste en el discurso de algunos/as profesionales mientras que para otros/as fue significado como una preocupación secundaria y ubicada en un tiempo pasado. Aunque más de la mitad respondió que no tomaba ninguna medida específica para evitar la transmisión del VIH; un tercio dijo que era más riguroso con las medidas de seguridad estándar, pero el 16,4% mencionó recaudos adicionales.
- **Otra persistencia fue la mención de recursos instrumentales por sobre los ligados a una lógica vincular.** Mientras que la mayoría de los/as profesionales dijo que en el hospital había medicación antirretroviral y que se entregaban preservativos, sólo algo más de la mitad mencionó la existencia de espacios de consejería y grupos de pares.
- A pesar de los procesos de cronificación y de la descentralización de la asistencia, la tarea de **Infectología** fue reconocida por los/as profesionales como el servicio de salud de referencia y con mejor posibilidad de articulación para la atención.
- **Barreras organizacionales:**
 - Para las personas **trans**, tanto usuarios/as como profesionales mencionaron la existencia de prácticas discriminatorias como llamarlos/as por el nombre que figura en el DNI, internarlos/as en salas que no se corresponden con su género autopercebido, hacerlos/as esperar en exceso e inclusive, evitar atenderlos/as.
 - En el caso de los/as **migrantes**, la construcción social de “chivo expiatorio” se reproduce en la ley 66.116/19 de la provincia de Jujuy que regula el acceso gratuito a los servicios públicos de salud para determinadas categorías de migrantes; y la falta de correlato entre leyes que garantizan el acceso a determinados medicamentos, estudios o intervenciones de alta complejidad fuera del hospital a personas sin Documento Nacional de Identidad (DNI).
 - La percepción del rechazo a la atención de las **personas que usan drogas** por parte de los servicios de Salud Mental en nombre de la necesidad de una atención especializada,

incumpliendo la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, y el maltrato por parte de los equipos de salud de las Guardias cuando las situaciones son más complejas.

- En referencia a los/as **trabajadores/as sexuales**, la existencia de comentarios irónicos y prácticas discriminatorias como la restricción al acceso a los preservativos.

Recomendaciones

- Considerar **el contexto político-económico** como elemento clave no solamente para identificar qué políticas macro-sociales operan en detrimento del derecho a la salud, sino también para encontrar cuáles lo amplían facilitando el acceso.
- Difundir, formar y capacitar a los equipos de salud en la aplicación de los **marcos normativos** vigentes y especialmente en lo que refiere a la problematización de estereotipos, discursos y prácticas discriminatorias.
- **Articular con las organizaciones sociales**, reconociéndoles un rol activo en el proceso de sensibilización sobre las necesidades de los diferentes grupos.
- Impulsar **decisiones de carácter organizacional** para acotar los márgenes de discrecionalidad en lo que refiere a las garantías de derechos que por ley están reconocidos y evitar prácticas discriminatorias. Por ejemplo, disponer las internaciones en salas que se correspondan con el género auto percibido de la persona internada.
- **Barreras organizacionales:** ampliar las franjas de horarios de atención, focalizar la prevención y promoción de la salud fortaleciendo la APS y evitando la atención centrada en la urgencia con el fin de descomprimir la demanda de atención en los hospitales.

1

Conceptos
claves, objetivos
y métodos
del estudio

El sistema de salud de la Argentina está compuesto por el subsistema público, el de la seguridad social y el subsistema privado. “Tiene una estructura mixta, descentralizada, apoyada en mecanismos de protección financiera solventados fuertemente desde el mundo del trabajo, y donde la prestación de sus servicios descansa en prestadores públicos y privados, segmentados en cuanto a su población natural de atención” (Maceira, 2018, p. 5). Argentina carece de un nivel único básico de cobertura asegurada.

El subsistema público depende de ámbitos provinciales, nacionales y municipales, es universal y gratuito. Reúne hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande aunque no cuente con seguridad social, ni capacidad de pagar por los servicios. Hay estudios que señalan que “la centralidad del financiamiento provincial en el subsistema público repercute en la capacidad de brindar una salud homogénea y equitativa entre jurisdicciones, afectando fundamentalmente a las provincias de menor capacidad relativa de inversión de recursos” (Maceira, 2018, p. 38). Dicha heterogeneidad en la financiación influye en un desigual acceso a la atención en las diversas regiones del país. La “localización de cada individuo dentro de cada jurisdicción lo coloca en una posición diferencial frente al acceso a cada unidad pública proveedora de servicios de salud. A este cuadro se suma la diversidad de organización hacia el interior de la provisión pública en cada provincia y las dificultades para conformar sistemas coordinados” (PNUD, OPS y CEPAL, 2011, p. 48).

La historia de la atención de la epidemia de VIH en la Argentina ha tenido una participación fundamental del subsistema público de salud desde sus inicios y ha estado vinculada con una tradición de salud pública y de atención primaria de la salud que fue receptiva a la organización y las demandas de la sociedad civil. La promoción del acceso universal a la prevención, el diagnóstico, la atención integral y el tratamiento de la infección por el VIH, contribuyeron a disminuir la mortalidad y a aumentar la posibilidad de vivir con una infección crónica para los que lograran dicho acceso.

En el boletín sobre VIH de la Argentina de 2017 se destacaban “los avances en la respuesta nacional y el compromiso de una multiplicidad de actores del sector público y de la sociedad civil. Las acciones de prevención sostenidas, así como las mejoras en el acceso a las pruebas diagnósticas y a los tratamientos, incluyendo el uso del test rápido y la simplificación de los esquemas antirretrovirales, permitieron estabilizar la incidencia de la infección y mejorar

las condiciones de vida de decenas de miles de personas afectadas por el virus. A su vez, los progresos en materia de derechos humanos e igualdad de género, sumados a la incipiente implementación de la Ley de Educación Sexual Integral, contribuyeron a generar un contexto que favoreció la reducción del estigma y la discriminación y mejoró el acceso a los servicios de salud de los grupos más vulnerables” (DSyETS, 2017, p. 6).

Según datos oficiales del momento en que se diseñó este estudio, más del 98% de las infecciones se producían por relaciones sexuales sin protección y la prevalencia de VIH de las poblaciones clave era: personas trans (34%), hombres que tienen sexo con otros hombres (12 a 15%), personas que usan drogas inyectables (4 a 7%), trabajadores/as sexuales (2 a 5%), personas en contexto de encierro (2,7%) y jóvenes y adultos de toda la población (0,4%) (DSyETS, 2017, p. 11).

En la misma fuente se mencionaba específicamente que se buscaba trabajar con acciones de prevención con las organizaciones que se ocuparan de poblaciones empobrecidas, migrantes, afro-descendientes, y pueblos originarios (DSyETS, 2017, p. 6)

La legislación que amplía derechos para muchas de las poblaciones más afectadas por la transmisión del VIH se sancionó en los últimos 15 años. Entre esas normas se incluyen la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, la Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, la Ley de Derechos de los Pacientes, la Ley de Protección Integral a las Mujeres, la Ley de Matrimonio Civil, la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones y la Ley de Identidad de Género. Sin embargo, aunque muchas de estas leyes fueron pioneras en la región, aún persiste una brecha entre la legislación, las representaciones sociales y las prácticas en cuanto a los procesos de real integración de todas esas poblaciones que se ha estudiado tanto entre las personas con VIH, como entre el personal que las atiende por sus problemas de salud (Aristegui y otros, 2012; IHPP, 2014; Friedman y otros, 2016; Pouget y otros, 2016).

Las barreras y facilitadores para el acceso son múltiples y además de asociarse a la oferta de servicios, están condicionados como menciona Ferrara (1985), por las políticas del sector y por los mecanismos y dispositivos que regulan las relaciones entre ellos y la población. Ese nivel macro de las condiciones estructurales se expresa en los vínculos entre los trabajadores de la salud y los usuarios del sistema (DSyETS y otro, 2010). Desde ese punto de vista,

la relación médico-paciente es significada en un contexto mayor, tal como postulan Merhy y Onocko (1997) con el concepto de “actos de salud” que involucra en un sentido amplio y complejo el espacio de intersección/intervención entre usuarios y agentes de los servicios de salud. Se considera a los usuarios y a los profesionales tanto a nivel individual como colectivo.

En este escenario, dos de las dimensiones centrales en los procesos de acceso a los servicios de salud son las que se vinculan a los aspectos organizacionales y a los simbólicos o culturales (Comes, 2002). Ambas fueron las más jerarquizadas por los trabajadores de la salud en un estudio realizado por Intercambios Asociación Civil acerca de la accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario (Rossi, Pawlowicz y Zunino Singh, 2007). Entre los resultados más relevantes habíamos encontrado a nivel de la accesibilidad organizacional problemas como: alto grado de fragmentación intra e inter-institucional, burocracia, insuficiencia de horarios y largos períodos de espera. Con respecto a las barreras de acceso simbólico se reiteraron situaciones como: problemas vinculares y de comunicación entre el profesional de la salud y los pacientes, individualización por parte de los profesionales de la salud de creencias acerca de cierto “modo de vida” que atribuyen a los usuarios de drogas, entre otras.

También la dimensión simbólica del vínculo médico-paciente es un factor importante en la adherencia a los tratamientos en general (DSyETS, 2017; Jones y otros, 2017). Se ha demostrado que barreras subjetivas se reflejan en prejuicios hacia las personas que usan drogas, gays y trans (Pecheny y otros, 2002; Rozenblat y otros, 1999; DSyETS, 2010). Los prejuicios de los médicos no se dirigen a las patologías como el VIH y el virus de la hepatitis C (Pecheny y otros, 2002), sino a las prácticas de riesgo asociadas a la infección -como las prácticas sexuales en gays y trans, o las prácticas de uso de drogas. Los que resultaron más estigmatizados en ese estudio fueron las personas que usan drogas (PUD), seguidos por las personas trans y luego los gays; los heterosexuales que contrajeron la enfermedad por vía sexual o transfusión sufrían en mucha menor medida algún tipo de discriminación.

Un estudio en hospitales públicos de la Argentina mostró que los médicos que atienden infecciones de transmisión sexual -tales como los urólogos, proctólogos y dermatólogos-, desconocían si se entregaban preservativos en los hospitales en los que trabajaban, en contraste con un mayor conocimiento de ese recurso por parte

de los infectólogos (Name y otros, 2011). En diversos documentos de las agencias multilaterales se insiste en promover “servicios de salud integrales, de calidad, universales y de ampliación progresiva, de acuerdo con las necesidades y con un enfoque centrado en la persona” (OPS, 2016).

La expansión de los tratamientos antirretrovirales ha impactado en la disminución de la morbilidad y mortalidad asociadas al VIH, y en la mejora en la calidad de vida. La cronificación implica nuevos escenarios en los que participan disciplinas y servicios diversos y no sólo Infectología. Como recomienda la Asociación Panamericana de Infectología (Ramos y Ravasi, 2017) el proceso de cronificación requiere un seguimiento continuo y un cambio de paradigma respecto del diagnóstico, atención y seguimiento de las personas que viven con el VIH. Dicha transformación involucra al mismo tiempo un pasaje “del modelo tradicional de atención integral, basado casi exclusivamente en centros especializados, mediante un proceso de descentralización, desconcentración e integración de los servicios de VIH” (Ramos y Ravasi, 2017, p. 70).

1.1 Objetivo general y específicos

El objetivo que guía este estudio es: analizar la accesibilidad simbólica y organizacional a la atención hospitalaria de las personas con VIH y de las poblaciones clave para la transmisión en zonas urbanas del Noreste (NEA), Noroeste (NOA) y del Gran Buenos Aires.

Uno de los objetivos específicos que se desprende del anterior, indagó las representaciones sociales de los trabajadores de la salud en relación con posibles estigmas acerca de las personas con VIH y las poblaciones clave, como parte de la accesibilidad simbólica a la atención de salud integral, oportuna y de calidad. Otro objetivo, buscó describir los mecanismos, las prácticas y los saberes que conforman las dinámicas que facilitan y/o que obstaculizan la accesibilidad organizacional de las personas con VIH y las poblaciones clave con énfasis en disponibilidad de medicación, profesionales, consejería, horarios y servicios de atención.

Además, otro de los objetivos específicos analizó las prácticas discriminatorias y las “buenas prácticas” tanto en el acceso inicial como en el ampliado de las personas con VIH y otros colectivos -personas trans, hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadores/as sexuales, PUD, pueblos originarios y migrantes-

a los servicios de salud comparando según disciplina, servicio y perfil de las poblaciones clave.

Este estudio tuvo el propósito de construir datos que permitieran desarrollar recomendaciones basadas en la evidencia para el diseño de políticas públicas y programas orientados a la reducción del estigma y la discriminación, así como a la deconstrucción de otros obstáculos para y hacia las personas con VIH y las poblaciones clave.

1.2 Metodología

El tipo de estudio fue descriptivo, cuali-cuantitativo y transversal. Los ámbitos donde se realizó la investigación fueron 6 Hospitales Generales de 3 provincias, de las siguientes regiones del país: NOA, NEA, y Pampeana -Gran Buenos Aires-.

En los primeros dos casos, se trata de las dos regiones con más alto índice de población con Necesidades Básicas Insatisfechas (21,3% y 19,7%, respectivamente vs. 12,5% nacional) y en consecuencia, con menores posibilidades de acceso al sistema de salud y peor calidad de vida (INDEC, 2010).

La elección de Jujuy y del Chaco en particular estuvo vinculada con antecedentes de realización de otros proyectos allí, lo que facilita las relaciones institucionales, la etapa de solicitud de autorizaciones y la entrada al campo. A su vez, se trata de dos de las siete provincias que superan el 15% de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), alcanzando en el caso del Chaco el 18,2% y en el caso de Jujuy, el 15,5% (Vs. 9,1% nacional).

En el caso de la Provincia de Buenos Aires, la misma fue elegida por su importancia en términos comparativos, respecto de la totalidad del país. Con casi 16 millones de habitantes, lo que supone casi un 40 % del país, se trata de la provincia más poblada (INDEC, 2010).

Las fuentes de datos fueron primarias: trabajadores/as de la salud, y personas con VIH y otros colectivos (personas trans, hombres gay y otros HSH, trabajadores/as sexuales, PUD, pueblos originarios y/o migrantes).

La primera muestra, no probabilística e intencional (o por conveniencia), estuvo compuesta por 61 profesionales de la salud de seis hospitales públicos generales de las provincias de Buenos Aires, Jujuy y el Chaco. En el NOA, se seleccionaron los hospitales

San Roque y Pablo Soria de la ciudad de San Salvador de Jujuy. En el NEA, los hospitales Dr. Julio Cecilio Perrando de la ciudad de Resistencia, y el 4 de junio de la ciudad de Sáenz Peña, Chaco. En el Gran Buenos Aires, los hospitales Eva Perón en el Municipio de San Martín y Paroissien en el Municipio de La Matanza. Para esta selección de efectores, se priorizaron las zonas más urbanizadas y el acceso del equipo de investigación al trabajo de campo.

En cada uno de los hospitales se entrevistó a 10 profesionales, excepto en el hospital Paroissien en el que fueron 11 los/las entrevistados/as. Si bien se buscó que hubiera cierto grado de homogeneidad entre los hospitales respecto de los servicios seleccionados, la proporción de profesionales según servicio y especialidad estuvo sujeta a los criterios de viabilidad y factibilidad.

Entre los criterios de inclusión en la muestra se consideró que fueran trabajadores/as de los hospitales que se desempeñaran en el cargo con una antigüedad de por lo menos 3 años y que fueran personal de planta o con estabilidad laboral equiparable con el cargo de planta, como por ejemplo un Instructor de Residentes concursado. Esta condición se cumplió en la mayoría de los casos, ya que solo fueron entrevistadas tres personas que cursaban el 3° o 4° año de programas de residencias y no eran jefes/as de residentes.

En cada localidad, el Programa de Sida de cada provincia o municipio en articulación con la Dirección Nacional de Sida, ETS, Hepatitis y TBC facilitó el vínculo. Los programas provinciales operaron de intermediarios tanto para el primer contacto con cada uno de los hospitales como para suministrar la información necesaria para comprender los circuitos de solicitud de evaluación ética del proyecto. En un segundo momento, fue estratégica la intervención de profesionales de Infectología para generar contactos con los demás servicios.

La segunda muestra, también no probabilística e intencional (o por conveniencia), estuvo compuesta por 45 personas viviendo con VIH y/o de otros colectivos (personas trans, hombres gay y otros HSH, trabajadores/as sexuales, PUD, pueblos originarios y/o migrantes) agrupados en dos grupos de discusión por región. Todos/as ellos/as eran usuarios/as de los mismos seis hospitales públicos generales en los que se realizaron las entrevistas a los/as profesionales.

Participaron 20 usuarios/as en dos grupos de discusión de Buenos Aires, 20 en dos grupos de discusión de Chaco y 5 personas fueron entrevistadas en Jujuy. En cada uno de los grupos hubo un

promedio de 10 personas y se garantizó que en todos participaran personas con VIH y a su vez, que estuvieran representadas por lo menos cuatro de las seis poblaciones a ser consultadas. Como estrategia para contactar a estos grupos, se contó con la colaboración de organizaciones de la sociedad civil que se ocupan de estos colectivos, así como de las direcciones provinciales de VIH y ETS.

Las **técnicas de recolección** de datos fueron:

- a. **Entrevistas semidirigidas** a trabajadores/as de la salud utilizando un cuestionario que integró 31 preguntas abiertas y cerradas, que fue administrado por profesionales del equipo de investigación de la Asociación Civil Intercambios. Se agruparon las preguntas de acuerdo a módulos temáticos introduciendo en cada caso brevemente el eje en el que se focalizaban.
 - **Perfil del profesional:** este apartado incluyó preguntas acerca de la edad, género auto percibido, servicio, profesión, especialización, antigüedad de los/as trabajadores/as de la salud.
 - **Atención de poblaciones clave:** indagó sobre la percepción de los/as profesionales respecto a las dificultades de acceso de las diferentes poblaciones clave, las particularidades y redes con las que cuenta cada población, las articulaciones que ellos/as como profesionales hacen con otros servicios y los registros que realizan en las historias clínicas.
 - **Atención de personas con VIH:** refirió a cuestiones vinculadas específicamente con el VIH tales como los criterios para la indicación de test diagnóstico, los recursos con los que cuenta el hospital, las recomendaciones y prácticas específicas que realizan en la atención de personas con VIH y las medidas que como profesionales toman para protegerse de la transmisión.
 - **Condiciones de trabajo:** incluye breves preguntas sobre la carga horaria de los/as trabajadores/as de la salud, la cantidad de personas que atiende diariamente y otros trabajos que realiza fuera del hospital.
 - **Recomendaciones:** Las últimas preguntas del cuestionario apuntan a conocer las modificaciones y políticas que implementarían los/as profesionales para mejorar el acceso de las poblaciones clave a los servicios de salud.

Se buscó que la estructura general del cuestionario tuviera un primer momento de acercamiento y generación de confianza en

el que se realizarían preguntas más generales. Luego una parte de profundización en los temas nodales antes de finalizar el intercambio.

- b. **Grupos de discusión** con personas con VIH y poblaciones clave. El grupo de discusión permitió un encuadre en el cual los/as participantes intervinieron en un proceso de producción de información poniendo en juego sus representaciones sociales respecto de las otras poblaciones indagadas.

Los encuentros duraron alrededor de una hora y media, fueron grabados y posteriormente transcritos textualmente para su posterior análisis. Se promovió que los/as participantes discutieran algunos de los ejes principales de la investigación. Para ello, una investigadora del equipo moderó el debate, auxiliándose con una guía de pautas previamente formulada con el objeto de orientar la discusión hacia los objetivos de la investigación, pero, a su vez, lo suficientemente flexible y abierta como para poder captar los emergentes no previstos sobre experiencias y representaciones vinculadas con la accesibilidad organizacional y simbólica a la atención hospitalaria.

La guía de pautas para orientar la discusión estuvo organizada según cuatro ejes:

- **Problemas para el acceso a la atención.** Principales barreras y facilitadores para acceder a la atención en el hospital, incluyendo el tipo de trato, el tiempo y lugar de espera, ejemplos de buenas y malas experiencias, distancia y dificultades económicas para llegar, requisitos administrativos, etc.
- **Experiencias de estigma y discriminación dentro y fuera del hospital al que asisten.** Mal trato, discriminación, falta de atención, burlas o descalificación a ellos/as o a otra persona, sea de parte de profesionales o de otros/as usuarios/as del hospital.
- **Influencia de problemas de salud en lo laboral y educativo.** Cuestiones de salud que dificultaron encontrar o permanecer en un trabajo, estudiar o continuar los estudios, etc.
- **Propuestas.** Cambios que realizarían para mejorar el acceso a los servicios de salud y reducir el estigma.

A su vez, con el objeto de describir el perfil de los/as usuarios/as, cada persona que participó en los grupos de discusión completó una ficha con datos sociodemográficos tales como edad, género autopercebido, nivel de instrucción, la pertenencia a alguna de las poblaciones clave y otras preguntas sobre las redes personales con las que cuenta.

Con el objetivo de probar los instrumentos de recolección de datos elaborados, se realizó una prueba piloto.

En el caso de Jujuy, no fue posible llevar adelante los grupos de discusión planificados por dificultades vinculadas con la reestructuración del sistema de salud provincial y otras cuestiones político institucionales, por lo que se optó por realizar **entrevistas en profundidad** a 5 personas de las poblaciones a indagar siguiendo los mismos tópicos y preguntas que en la guía prevista para los grupos de discusión.

Atendiendo a las **consideraciones éticas** que requieren las investigaciones científicas en salud, la participación de las personas en este estudio siguió los principios de igualdad, voluntariedad, anonimato, confidencialidad y seguridad. Sólo se incluyeron personas mayores de 18 años. A su vez, se entregó a los/as participantes del estudio una página con un resumen de la información mínima que debe ser comunicada a la persona para cumplir con el principio ético sustantivo del consentimiento informado (CI).

Se adoptaron estrictas medidas para garantizar la confidencialidad y el anonimato. Cada participante fue identificado con un nombre ficticio o código, y en el informe de resultados fue omitida toda referencia que pudiera facilitar la identificación de los dichos analizados con los/as participantes del estudio. Se dieron a los/as entrevistados/as los nombres de las personas responsables del estudio, de modo tal que los participantes pudieran contactarse con ellas si lo deseaban. Asimismo, la nota de consentimiento fue firmada por el/la participante con un nombre ficticio y por una representante del equipo de investigación, que atestiguó que el/la participante hubiera sido informado/a de los beneficios y riesgos de cualquier investigación de este tipo y que hubiera tenido la oportunidad de formular preguntas antes de expresar su acuerdo para participar del estudio. El proyecto fue puesto en consideración ante diez comités de ética y de docencia e investigación de las diferentes jurisdicciones involucradas.

1.2.1 Trabajo de campo

El trabajo de campo fue realizado de febrero a mayo de 2019. La capacitación del equipo se realizó por medio de reuniones virtuales, en las que se trabajaron los aspectos conceptuales y metodológicos. Fueron reforzados los procedimientos para la aplica-

ción de los CI y acordadas las condiciones de envío de los diferentes soportes de los datos.

1.2.2 Análisis de datos

El análisis de datos cuantitativos involucró la construcción de una base de datos y el análisis asistido por el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 24, para estimar las frecuencias y tendencias más globales.

Respecto al análisis cualitativo, en la base de datos se transcribieron los valores reales para la carga de las variables nominales de tal modo que se consignaran de manera textual los dichos de los sujetos valorando los significados que los propios actores sociales construyen acerca de sus experiencias. Las notas de campo y las desgrabaciones de los grupos de discusión fueron también transcritas cuidadosamente para su posterior análisis de contenido. El material cualitativo constó de instancias de organización, categorización e interpretación de los datos, para lo cual fue utilizado el programa Atlas.ti, versión 7.5.

Con el objeto de captar las miradas tanto de los/as usuarios/as como de los/as profesionales de los hospitales públicos seleccionados para ponerlas en diálogo y en tensión, se configuraron dos muestras diferentes. Como mencionáramos ambas muestras fueron no probabilísticas e intencionales, una compuesta por 61 profesionales de la salud y la otra, por 45 personas viviendo con VIH y/o de otras poblaciones clave.

1.3 Características de la muestra de los/as profesionales

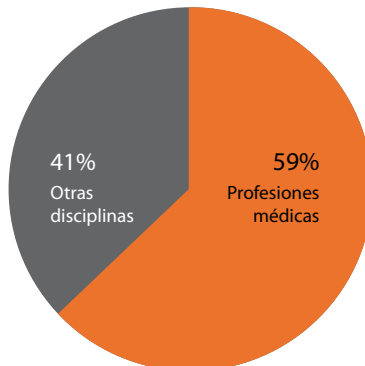
Dentro de la muestra, se incluyeron profesionales de Clínica Médica, Infectología y Trabajo Social de cada uno de los seis hospitales públicos de las tres provincias. El resto de personas entrevistadas pertenecían a los servicios de Salud Mental y Adicciones, Especialidades quirúrgicas, Neumonología, Otorrinolaringología, Ginecología y Obstetricia, Odontología y, en menor medida, otras especialidades tales como Traumatología y/o Kinesiólogía, Urología y/o Nefrología, Enfermería y/o Nutrición y Cardiología.

Tabla 1: Distribución de los/las profesionales entrevistados/as según servicio

Servicios	N	%
Clínica Médica	7	11,5
Trabajo Social y/o Educación para la Salud	7	11,5
Infectología	6	9,8
Salud Mental y/o Adicciones	6	9,8
Especialidades quirúrgicas	5	8,2
Neumonología y/u Otorrinolaringología	5	8,2
Ginecología y/u Obstetricia	4	6,6
Odontología	4	6,6
Traumatología y/o Kinesiología	4	6,6
Urología y/o Nefrología	3	4,9
Enfermería y/o Nutrición (cuidados en Internación)	3	4,9
Cardiología	2	3,3
Terapia Intensiva	2	3,3
Otros (Dermatología, Oncología, Endocrinología)	3	4,9
Todos/as	61	100,0

En lo que refiere a las profesiones de las personas entrevistadas, casi el 60% de la muestra (36) estaba conformada por médicos/as de diferentes especialidades y el resto por profesionales de otras disciplinas: trabajadores/as sociales; enfermeros/as; psicólogos/as; nutricionistas y otros/as.

Gráfico 1: Distribución de los/as trabajadores según profesión



El promedio de antigüedad en los servicios era de 16 años y ninguno/a de ellos/as tenía una antigüedad menor a tres años. Asimismo, cerca de la mitad de los/las profesionales (29) dijo haber trabajado alguna vez en otro servicio u hospital, dentro o fuera del hospital en el que fue entrevistado/a.

Las edades variaban dentro del rango de los 24 a los 77 años, con una media de 48 y una mediana de 47, es decir que la mitad de los/las profesionales entrevistados/as tenía hasta 47 años (Tabla 2).

Tabla 2: Edad de los/las profesionales entrevistados/as

Edad	N	%
Entre 24 y 41 años	20	32,8
Entre 42 y 59 años	28	45,9
Entre 60 y 77 años	13	21,3
Total	61	100,0

En cuanto al género, se distribuyó de forma similar entre mujeres y varones (50,8% vs. 49,2%). Esta relación varió al analizarla según provincia y según hospital: mientras que en Jujuy y en Chaco 11 de 20 eran mujeres, en Buenos Aires, la mayoría (13 de 21) eran varones. En el análisis por hospital, esta relación varió aún más: mientras que, por ejemplo, en el Hospital Perrando del Chaco y en el Hospital Pablo Soria de Jujuy 6 de cada 10 personas entrevistadas eran varones, en el Hospital Paroissien de La Matanza 8 de cada 11 eran mujeres.

1.3.1 Condiciones de trabajo de los/las profesionales

Estos/as profesionales en hospitales generales de diferentes regiones del país trabajan en contextos sociales e institucionales que influyen en sus prácticas de atención.

Uno de los aspectos de esos contextos en los que desarrollan su tarea son sus condiciones de trabajo, por lo que fueron relevadas la cantidad de horas semanales que trabajan, la cantidad de pacientes que atienden, el cargo que ocupan dentro del hospital y si tienen o no otros trabajos.

De los/as 61 profesionales entrevistados, el 50% (30) tenía cargos jerárquicos, es decir, eran jefes/as de servicio: 14 en Jujuy,

9 en Chaco y 7 en Buenos Aires. En lo que refiere a las modalidades de contratación, el 85,2% (52) formaban parte de la planta permanente¹ de los hospitales, el 13,1% (8) eran residentes y una profesional que, si bien, fue entrevistada por desempeñarse en la guardia de salud mental del Hospital Paroissien, depende contractualmente de la Ex Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones (SADA)² de la Provincia de Buenos Aires.

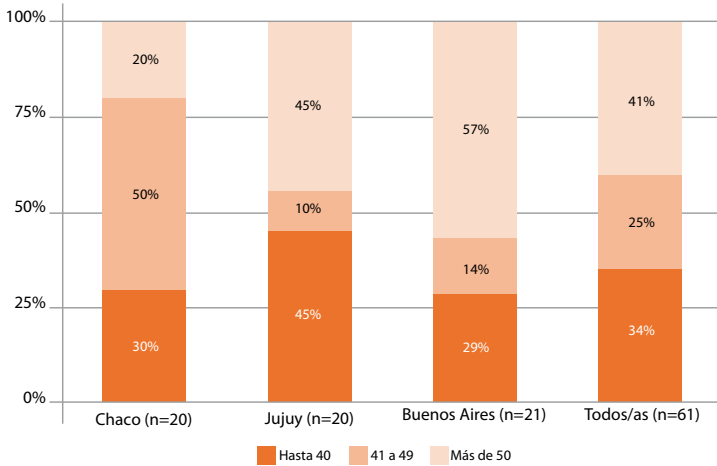
La media de horas semanales trabajadas fue de 47, pero el 41% (25) del total de personas entrevistadas respondió que trabajaba más de 50 horas semanales. Entre ellos/as, la mayoría (17) lo hace en más de un trabajo.

Al analizarlos según provincia, estos porcentajes variaron. Mientras que, en Chaco, el promedio de horas semanales trabajadas fue de 44, en Jujuy fue de 46 y en Buenos Aires de 50. En Chaco sólo 4 de 20 entrevistados/as trabaja más de 50 horas semanales, mientras que en Jujuy dicha proporción asciende a 9 de 20 y en Buenos Aires a 12 de 21. A modo de hipótesis, pensamos que estas variaciones se corresponden con diferencias en los ritmos y estilos de vida de las diferentes ciudades en las que se realizó este estudio.

En lo que refiere a las actividades desarrolladas fuera del hospital, el 55,7% (34) dijo que tenía otros trabajos, la mayoría de ellos/as (el 75%) en el ámbito privado.

1 - Según el derecho administrativo argentino, se trata de la planta de empleados/as de un organismo o institución pública integrada por personal de carrera que goza de estabilidad en su empleo.

2 - Actualmente, denominada Subsecretaría de Determinantes Sociales de la Salud y la Enfermedad Física y Mental y de las Adicciones, se trata del organismo que, dentro del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, se ocupa de los temas vinculados a salud mental y adicciones.

Gráfico 2: Cantidad de horas semanales trabajadas según provincia

Al considerar las respuestas de la totalidad de profesionales entrevistados/as, el promedio de personas atendidas fue de 17 por día y la mediana de 12, es decir que la mitad de los/las profesionales atendían hasta a 12 personas por día. En Jujuy, la mediana de pacientes atendidos fue de 16, en Buenos Aires de 12 y en el Chaco de 10.

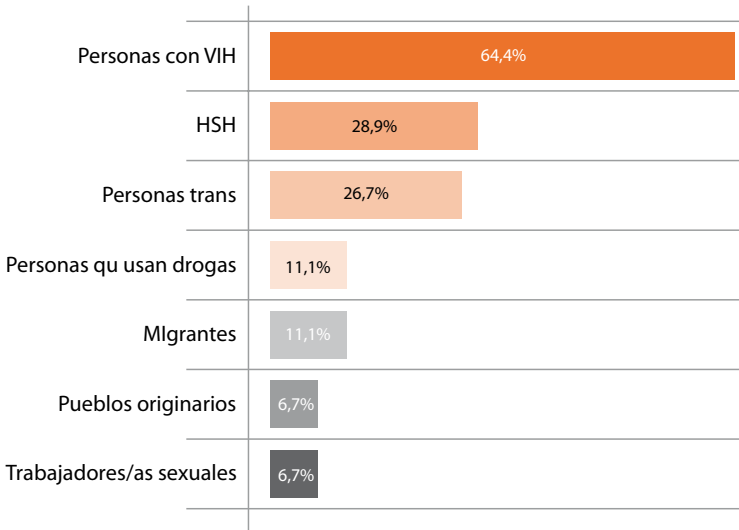
En el caso de Jujuy y Buenos Aires, el porcentaje de quienes dijeron tener otro trabajo fue mayor, llegando a casi un 70% (14), a diferencia de Chaco, en donde solo el 30% (6) tiene un segundo empleo además del que desarrolla en el hospital.

1.4 Características generales de la muestra de usuarios/as

Hasta acá presentamos quiénes fueron los/as profesionales entrevistados/as. A continuación, nos abocaremos a describir quiénes eran los/as usuarios/as de esos servicios públicos de salud que pusieron voz a otras perspectivas desde el lugar de “pacientes”. Conformaron una segunda muestra que estuvo compuesta por 45 personas usuarias de los mismos seis hospitales públicos generales en los que se realizaron las entrevistas a los/as profesionales. Todas ellas pertenecían a algunas de las poblaciones clave seleccionadas para el estudio. Como se observa en el siguiente gráfico,

de modo no excluyente, el 64,4% (29) eran personas con VIH, el 28,9% (13) eran hombres que tienen sexo con otros hombres, el 26,7% (12) eran personas trans, un 11,1% eran personas que usan drogas (5) o migrantes (5), y un 6,7% pertenecían a pueblos originarios (3) o eran trabajadores/as sexuales (3).

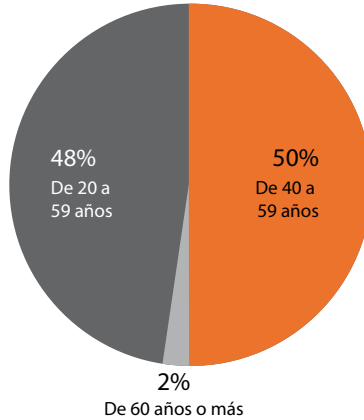
Gráfico 3: Pertenencia de los/as usuarios/as a poblaciones clave. Respuesta múltiple (n=45)



En cuanto al género, algo más de la mitad (53,3% -24-) se autopercebía como varón, el 26,7% (12) como mujer y el 20% (9) como trans.³ Las edades variaron dentro del rango de los 20 a los 77 años, con una media de 42 y una mediana de 41, es decir que la mitad de los/las usuarios/as tenía hasta 41 años.

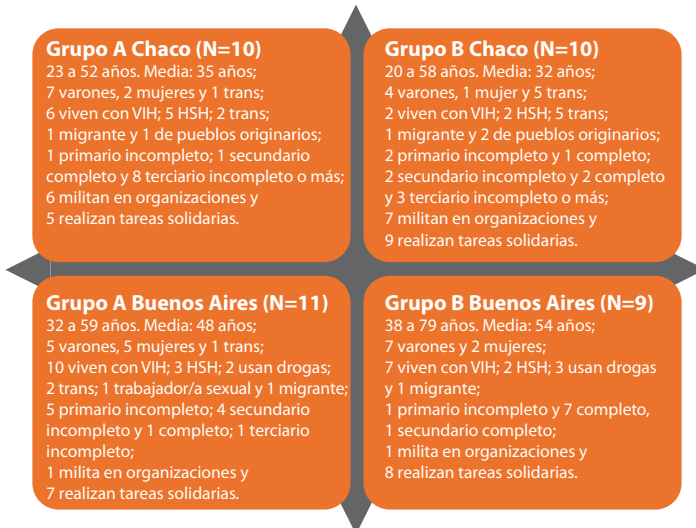
3 - Vale aclarar que el porcentaje de personas, cuyo género autopercebido fue trans no coincide con el que pertenece a la población clave “trans” porque se trata de dos variables construidas a partir de preguntas diferentes. Por un lado, se indagó sobre el género autopercebido y por el otro se preguntó si pertenecía a alguna de las poblaciones clave del estudio. Así, por ejemplo, una persona puede identificarse dentro del colectivo trans pero autoperibirse como mujer.

Gráfico 4: Edad de los/las usuarios/as que participaron en el estudio (n=44)



1.4.1 Características particulares de cada uno de los grupos

Para ubicar las especificidades de cada grupo de discusión y de las entrevistas realizadas a usuarios/as, presentamos un breve punteo de los perfiles de cada uno con el fin de facilitar la comprensión del análisis de los datos.



Usuarios/as entrevistados/as en Jujuy (N=5)

25 a 52 años (25, 32, 40, 50 y 51)

2 mujeres, 2 trans y 1 varón;

4 viven con VIH; 3 trans; 1 HSH y 1 migrante;

1 primario incompleto; 2 secundario incompleto y 1 completo;

1 terciario incompleto;

2 realizan tareas solidarias y militan en organizaciones.

A modo de nota aclaratoria: las diferencias entre los perfiles de cada uno de los GD se explican por el modo en el que fueron reclutados/as sus participantes. Mientras los del Chaco fueron convocados a partir de organismos y organizaciones tales como el Sistema para la Atención de Salud y Orientación Indígena (S.A.S.O.I) o DiverGe, vinculada a la diversidad de género, el GD A de Buenos Aires fue llevado adelante en el marco de un grupo de adherencia que ofrece semanalmente el servicio de Infectología y es coordinado por una trabajadora social y un psicólogo del hospital. El GD B de Buenos Aires, en cambio, fue llevado a cabo en la casa de uno de los participantes de un grupo de acompañamiento entre pares para personas con VIH, todos/as usuarios/as del Hospital. Inicialmente, el grupo también funcionaba dentro del hospital como dispositivo ofrecido por el servicio de Infectología. A partir de un conflicto con la profesional que lo coordinaba, algunos/as de los/as participantes decidieron abandonar este espacio y crear un nuevo grupo por fuera del hospital. Además de reunirse semanalmente, ofrecen un desayuno en la sala de espera de Infectología los miércoles, que son los días designados para realizar las cargas virales.

En el siguiente capítulo se analizan las respuestas de los/as trabajadores/as de la salud y de los/as usuarios/as de los hospitales seleccionados respecto de lo que ellos/as consideraron las principales dificultades de acceso al hospital de las personas con VIH.

A partir de este análisis, se reconstruyó un panorama general acerca de las barreras socio-económicas, simbólicas y organizacionales con las que se encuentra esta población. Reconstruir este panorama no implica detallar exhaustivamente todos los problemas de accesibilidad simbólicos y organizacionales, sino sólo describir lo que este conjunto particular de profesionales y usuarios/as registra como problemas. En todos los casos se trata de perspectivas y valoraciones de estas personas entrevistadas.

2

Accesibilidad de las personas con VIH a la atención hospitalaria

2.1 Barreras socio-económicas de acceso para las personas con VIH

Comenzamos por las cuestiones más estructurales y generales, para luego ir recorriendo las especificidades que jerarquizaron las personas que participaron de este estudio.

Incremento de la pobreza y restricciones en las pensiones como barrera	
Usuarios/as	Profesionales
<ul style="list-style-type: none"> • Barrera político-organizacional: cambio en las políticas nacionales de pensiones. <i>"Corrés peligro que te la saquen (mujer UD, con VIH, 53 años, en GD B, Buenos Aires).</i> • Mayores dificultades para acceder por el aumento en el precio del boleto de colectivo. <i>"Hay pacientes que se les complica también para viajar (varón UD, con VIH, 53 años, en GD B, Buenos Aires).</i> • La exclusión social dificulta el seguimiento de la dieta necesaria para sostener los tratamientos por VIH. <i>"La falta, la mala alimentación que muchos chicos hoy por hoy tienen. Porque no tienen para comer y sabemos que hay drogas que no se pueden tomar sin una buena alimentación" (HSH, con VIH, 51 años, en entrevista, Jujuy).</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Crecientes dificultades económicas y revisión de las pensiones por invalidez. <i>"El año pasado querían capacitaciones. Ahora aparece más la cuestión de los recursos sociales y económicos: pensiones, subsidios, algo que genere algún rédito económico, presentaciones ante la defensoría por los recortes de las pensiones, etc." (trabajadora social, Buenos Aires).</i> • Las barreras más estructurales: la pobreza y el hambre. <i>"La pobreza escapa al conocimiento y a la acción del médico, pero afecta directamente a la salud" (médico clínico, Buenos Aires).</i>

Algunas políticas públicas fueron referidas entre las cuestiones macro-sociales que son barreras de acceso a los servicios de salud para las personas con VIH y para otras poblaciones. Entre ellas, se mencionó el cambio sucedido en la gestión del presidente Macri (2015-2019) con respecto a la renovación de las pensiones no contributivas por invalidez,⁴ el incremento de la pobreza en el país y el

4 - "La pensión no contributiva es un beneficio de la seguridad social que el Estado otorga a todas las personas que se encuentren bajo una situación de máxima vulnerabilidad. Se trata de una ayuda económica que corresponde a un porcentaje de la jubilación mínima y para su otorgamiento no se requiere que la persona haya realizado aportes previsionales previos. Es un beneficio vitalicio y está regulado por una ley nacional". Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, Ministerio de Salud de la Nación. Mi salud, mis derechos. La respuesta al VIH desde el enfoque de derechos humanos, 2018, p. 33.

aumento exponencial del transporte público producto de la disminución en el subsidio estatal a las empresas de transportes.⁵

“Muchos chicos no tienen ni siquiera la pensión para sobrevivir o tirar dos semanas. La pensión no alcanza para nada tampoco” (HSH, con VIH, 51 años, en entrevista, Jujuy).

“Hace dos años que no salen pensiones nuevas, antes a las personas con VIH se las otorgaban por vulnerabilidad social, independientemente del porcentaje de discapacidad de la persona. La condición era que la persona se encuentre en tratamiento. Ahora están revisando las que están otorgadas” (trabajadora social, Buenos Aires).

Con respecto a las pensiones no contributivas por invalidez, las/os beneficiarios/as, entre los/as que había personas con VIH, recibieron en febrero de 2019 una intimación de la Agencia Nacional de Discapacidad⁶ para que procedieran a la renovación del Certificado Médico Obligatorio, y su presentación antes de 60 días ante la Agencia, bajo apercibimiento de cancelación de la pensión otorgada.

Conversación en grupo de discusión B de Buenos Aires:

- *“Vos tenés VIH y tenés una pensión. Vos corrés peligro que te la saquen, amiga”* (varón UD, con VIH, 53 años).

- *“Sí, pero tengo VIH”* (mujer UD, con VIH, 53 años).

- *“Vos estabas diciendo recién que había gente que no merecía cobrar una pensión o lo que fuera, porque no tiene nada. Y vos no tenés nada. Vos tenés VIH nada más. No es enfermedad marcadora, amiga”* (varón UD, con VIH, 53 años).

- *“Tengo VIH ¿cómo nada más? ¿Para vos tampoco es una discapacidad?”* (mujer UD, con VIH, 53 años)

- *“Para mí sí, pero para el gobierno no”* (varón UD, con VIH, 53 años).

Al mismo tiempo, las personas con VIH y los/as profesionales resaltaron que en los últimos años se sumaron barreras de

5 - Solo considerando el primer trimestre del 2019, período en el que realizamos el trabajo de campo, se implementó una suba escalonada (es decir, distribuida entre tres aumentos realizados en enero, febrero y marzo) del 40% en las tarifas de transporte público para el Área Metropolitana de Buenos Aires. Para ampliar, consultar el sitio web del ministerio de transporte <https://www.argentina.gob.ar/noticias/nuevo-sistema-federal-de-transporte-y-actualizaciones-de-tarifas-de-transporte-para-el-area>

6 - La Agencia Nacional de Discapacidad es un organismo descentralizado creado por Decreto N° 698/2017 que desarrolla sus funciones en el ámbito de la Secretaría General de la Presidencia de la Nación. Tiene a su cargo el diseño, coordinación y ejecución general de las políticas públicas en materia de discapacidad, la elaboración y ejecución de acciones tendientes a promover el pleno ejercicio de los derechos de las personas en situación de discapacidad y la conducción del proceso de otorgamiento de las pensiones por invalidez y las emergentes de las Leyes N° 25.869 y N° 26.928 en todo el territorio nacional.

acceso económicas a partir del aumento del transporte público a más del triple de su valor en menos de cuatro años a causa de la disminución del subsidio del transporte público, y de la menor disponibilidad de otros recursos como los pases para el transporte que ofrecían las cooperadoras de algunos hospitales, o las tarjetas alimentarias que otorgaba el Estado Nacional a las personas más socialmente vulnerables.

“Los bolsones de pobreza, hambre, bajo peso. Son cosas que mortifican, a mí por lo menos. Más allá de la buena voluntad, hay cosas que no se pueden resolver. Por ejemplo, de qué te sirve la medicación si el paciente no tiene para comer” (médico clínico, Buenos Aires).

Conversación en grupo de discusión B de Buenos Aires:

- *“Hay pacientes que se adhieren al tratamiento, pero no lo pueden seguir porque no tienen para el pasaje. Ese es el problema también. Hay muchos pacientes que lo dejan”* (varón UD, con VIH, 53 años).
- *“Ni siquiera un boleto sanitario, algo. Como para decir: ‘me muevo hasta el hospital’. Los pases no los están renovando”* (varón con VIH, 56 años).
- *“Después cuando vienen, ya vienen... ¿viste?”* (varón UD, con VIH, 53 años).
- *“Hubo un tiempo, yo tuve mellizos, ahí en el hospital. Cuando yo los tenía que llevar, a mí la cooperadora me daba el boleto para viajar, hace 10 años. Era un protocolo”* (mujer con VIH, 43 años).
- *“Antes que entre Mauricio”* (varón con VIH, 56 años).

Profesionales y usuarios/as coinciden en señalar que el aumento de la pobreza⁷ y las dificultades económicas que generaron exclusión social impactaron también generando mayores dificultades para cumplir con los cuidados para una buena alimentación que es requisito para la tolerancia y la adherencia al tratamiento antirretroviral.⁸

“Se está peleando por una tarjeta alimentaria, una tarjeta alimentaria de 500 pesos pero no te alcanza para cubrir la alimentación de una persona que está sola, porque muchos están fuera de su seno familiar. Y a veces muchos ni la tienen acá a la familia y tienen que afrontar

7 - La desaceleración económica en estos años produjo que Argentina sea uno de los países de la región con mayor aumento de la pobreza y la subalimentación, según señala el Informe de la FAO (2019).

8 - Como se recomienda en el sitio web de la Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC de la Secretaría de Gobierno de Salud: “reforzar la respuesta inmunológica, prevenir o compensar la pérdida de nutrientes que puede producirse en caso de diarrea o infecciones intestinales, evitar la pérdida de peso y el daño hepático y minimizar los efectos secundarios de ciertos medicamentos”. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/sida/index.php/informacion-general/si-tenes-vih/medicacion>

esto solos. Por más que desde las organizaciones intentemos ayudar con un paquete de arroz, o dos paquetes de arroz para que coman, no pueden estar a base de arroz todo el mes” (HSH, con VIH, 51 años, en entrevista, Jujuy).

Estos problemas constituyen barreras de acceso socio-económico que las organizaciones sociales que nuclean a las personas con VIH han denunciado en los últimos años de este período junto con la preocupación por la discontinuidad en el acceso a los medicamentos para los tratamientos antirretrovirales.⁹

“En relación a los pacientes con VIH remarco la falta de provisión de medicamentos por momentos” (médico clínico, Jujuy).

En Jujuy, se sumó un reciente proceso de descentralización de la atención de la salud para descomprimir la demanda en los hospitales Pablo Soria y San Roque, que se dedicarán sólo a las urgencias y las situaciones de alta complejidad. En este marco, se puso en funcionamiento el “Programa de especialistas itinerantes”, que consiste en que los/as profesionales de ciertas especialidades (cardiología, oftalmología, otorrinolaringología, neurología, traumatología, ginecología, pediatría, endocrinología, psiquiatría y odontología) recorran diferentes efectores de salud del interior de la provincia¹⁰, pasando a depender de la Secretaría de Salud y ya no de un determinado hospital.

Esta reforma ha generado descontento entre los/as profesionales por la precarización de sus condiciones de trabajo en la medida en que la itinerancia implica traslados entre localidades, rupturas de vínculos y discontinuidades en el seguimiento de usuarios/as, muchos de los/as cuales son sus pacientes desde hace mucho tiempo. Para las personas con VIH, según los/as propios usuarios/as, se constituye en una barrera.

9 - Según la Fundación Grupo Efecto Positivo (FGEP) y otras organizaciones que integran el Frente Nacional por la Salud de las Personas con VIH, a mediados de febrero de 2019, unas 40.000 personas recibieron una carta documento en la que se les intimó para que procedan a la realización de su Certificado Médico Obligatorio digital y su presentación ante esta Agencia dentro del plazo de sesenta días corridos, bajo apercibimiento de la cancelación de la pensión otorgada. Sin embargo, en ninguna parte figuraba una identificación de los lugares habilitados para la realización del trámite, no se realizó una capacitación que permitiera que los efectores de salud realizaran este trámite y no se previeron los criterios a ser aplicados para evaluar el mantenimiento o cese de la pensión contributiva de cada beneficiaria/o. Disponible en: <http://fgep.org/wp-content/uploads/2019/04/CARTA-ANDIS.pdf>

10 - Para ampliar, ver Plan Estratégico de Salud: <http://salud.jujuy.gob.ar/wp-content/uploads/sites/14/2018/02/PLAN-ESTRATEGICO-DE-SALUD-MINISTERIO-DE-SALUD-DE-JUJUY.pdf>

“[E - Con esto de la descentralización, ¿no te lo pueden entregar los medicamentos acá en el hospital de Palpalá?] Me dijeron que iba a haber en el hospital de acá, lo que pasa que: ‘ahí sí ya como hay mucha gente de acá vas a sufrir más discriminación curiosidad entre los enfermeros de ahí’. Entonces por ahí prefiero retirarlo allá [San Roque]” (mujer trans¹¹ migrante, 40 años, en entrevista, Jujuy).

“Es necesario el testeo oportuno y un mayor acompañamiento a pacientes con VIH, personas trans y hombres gay y HSH (...) Con la nueva reestructuración del sistema de salud, el servicio de Salud Mental a cargo de adicciones que se encontraba centralizando la atención en este hospital [San Roque] pasó al hospital de la localidad de Palpalá, que queda a unos 10 km aproximadamente, lo que complicó la coordinación y articulación” (médica infectóloga, Jujuy).

2.1.1 Los problemas de empleo, de visibilidad y de confidencialidad como expresión de la discriminación social

El tabú social que persiste, especialmente en ciudades chicas

Usuarios/as

- Micro- mecanismos de discriminación social en el ámbito laboral como barrera. “Cuando te salta el VIH, ya te rechazan, ya fuiste” (mujer UD, con VIH, 53 años, en GD B, Buenos Aires).
- En localidades pequeñas, mayor visibilidad estigmatizante. “Si vos decís que tenés HIV, la misma gente (...) donde vos vivís te mató en vida” (HSH, con VIH, 52 años, en GD A, Buenos Aires).

Desde la perspectiva de los/as usuarios/as, persiste el ocultamiento y el tabú como origen de la discriminación social que en general se expresa, por ejemplo, en los problemas para conseguir trabajo, o sostener la continuidad de los estudios por la dificultad que conlleva mantener la asistencia regular cuando al mismo tiempo las personas tienen que cumplir con los cuidados que requiere la atención por VIH. Describen micro-mecanismos velados y sutiles de exclusión que no siempre son explicitados con claridad.

“Una paciente [que vive con VIH] (...) sentía que los médicos ponían

11 - En la aclaración de los datos identificatorios de los testimonios, hemos respetado la identidad de género autopercebida, sin omitir la pertenencia a las poblaciones clave. De este modo, las personas trans figuran como “mujeres trans” en caso de autopercebirse como mujeres, “varones trans” en caso de autopercebirse como varones y, simplemente “trans”, en los casos en los que su género autopercebido es “trans”.

cierta distancia. Y como ella siempre está en estado de alerta, sentía esta cuestión. O sea, que me parece que no es solamente un problema de determinado sector social, sino que es de toda la sociedad. Que hay prejuicios, ignorancia, y por lo tanto, hoy se va a tener miedo, y por lo tanto, eso lleva a la discriminación” (mujer trans, UD, con VIH, 54 años, en GD A, Buenos Aires).

[E - ¿Algún problema te dificultó poder encontrar o permanecer en algún trabajo?] Sí sí sí sí sí. Este, justamente. El tema de nosotros porque a veces tenemos que ir a los controles entonces, a ver si encontramos un trabajito algo, y tenemos que dejar y ya. Cuando volvemos nos dicen: “no ya está, perdiste el día y chau” (trans, con VIH, 50 años, en entrevista, Jujuy).

Conversación en grupo de discusión B de Buenos Aires:

- *“No puede [trabajar]. Porque no te dan trabajo. Lo primero, la discriminación”* (mujer con VIH, 43 años).

- *“Yo no digo que no podemos laburar. (...) Pero cuando te salta el VIH, ya te rechazan, ya fuiste. Ese es el tema”* (mujer UD, con VIH, 53 años).

- *“Sigue, sigue [la discriminación]. Por ahí ahora no te lo dicen de frente marcha:¹² “Mirá, no te tomamos porque tenés VIH”, pero te mandan a hacer un estudio para estar en blanco y cobrar un salario como corresponde, y ahí caés en la volteada”¹³* (varón con VIH, 56 años).

- *“Sin consentimiento de la persona que se hace el estudio (...) Entonces el VIH no es en consentimiento...”* (varón UD, con VIH, 56 años).

En las ciudades chicas o en los pueblos, la visibilización e incumplimiento de la confidencialidad es mencionada por los/as usuarios/as como barrera de acceso, además de un acto de vulneración de sus derechos como pacientes. La escala geográfica de la localidad en la que las personas desarrollan su vida es una variable a tener en cuenta, ya que el anonimato de las ciudades más grandes de algún modo protege a las personas que no son señaladas de modo estigmatizante por un rumor o por la difusión de su condición.

“A mí me pasó algo que me molestó mucho, que es alguien que sabe mi situación... (...) comentó mi situación a un conocido. Y mi conocido, (...) primero me tiraba y yo no captaba y al final me tuvo que decir directamente. (...) Y después, gente que te dice: “yo tengo información de fulano de tal en el hospital” (HSH, con VIH, migrante, 33 años, en GD A, Chaco).

12 - Expresión para indicar que algo es dicho cara a cara, de frente, de modo directo.

13 - Expresión que alude a sufrir las consecuencias de algo en lo que no se es parte, ni se tiene culpa.

“Si vos decís que tenés HIV, la misma gente, el mismo pueblo, la misma colonia donde vos vivís te mató en vida. Tal cual” (HSH, con VIH, 52 años, en GD A, Buenos Aires).

“B24 es un código para decir: ‘soy una persona que vive con VIH’ en la Guardia donde hay veinte tipos más de tu localidad o está el primo del primo y así salta la pelota cuando no sos visible. (...) Pero queremos que se nos tenga una cautela” (mujer con VIH, 25 años, en entrevista, Jujuy)

“hay gente que se deprime, gente que no se acepta de la enfermedad. Yo a veces entro al hospital al San Roque y hay personas que van un poco más con una bolsa tapando la cabeza para que no lo vean” (trans, con VIH, 32 años, en entrevista, Jujuy).

También los/as **profesionales**, en el caso de la provincia de Jujuy específicamente, describen que en la población con VIH está más presente la preocupación por la visibilización asociada a la vergüenza, al miedo y a la decisión de no comunicar su situación.

“Como una cuestión específica de esta población está el tema del ocultamiento” (médica ginecóloga, Jujuy).

“Tienen vergüenza por la enfermedad por lo cual esconden su enfermedad” (odontólogo, Jujuy).

“Las personas vienen con mucho miedo, sobre todo las mujeres (...) Se trata a todos los pacientes por igual, todos necesitan explicación, trabajar sobre los miedos, en las mujeres sobre embarazo. En general se trabaja muy bien coordinado con otros servicios y, sobre todo en relación a las personas usuarias de drogas con Salud Mental” (médica infectóloga, Jujuy).

2.2 El vínculo con los servicios de salud como clave para el acceso

Este punto es central para el tema de la accesibilidad, se manifiesta en la valoración de la confianza, el buen trato, el conocimiento personalizado, la humanización de las prácticas y la permanencia temporal que facilita el seguimiento. Estas cuestiones son interpretadas como facilitadores.

Heterogeneidad de experiencias en el vínculo con los servicios de salud	
Usuarios/as	Profesionales
<ul style="list-style-type: none"> Desde la distancia estigmatizante a una atención personalizada percibida positivamente. <i>“Se remarca la humillación cuando nos atacan como seropositivo” Vs. “Entonces tenía que buscar un cirujano, (...) hasta Perico me fui, porque me había enterado que el doctor L. se había ido para allá y me tuve que ir para allá a sacar turno”</i> (mujer, con VIH, 25 años, en entrevista, Jujuy). 	<ul style="list-style-type: none"> Miradas contrapuestas sobre la discriminación: <i>“Ya no se discrimina más a personas con VIH, ya se naturalizó. Acá se atienden a todos por igual”</i> (médico clínico, Buenos Aires). Vs. <i>“Hay enfermeras o extraccionistas racistas”</i> (médico cardiólogo, Buenos Aires).

Sin embargo, las experiencias son heterogéneas tanto desde el punto de vista de los/as usuarios/as como de los/as profesionales. Describen situaciones de distancia y hasta estigmatización, y al mismo tiempo otras experiencias de atención personalizada y humanizada percibida positivamente.

“[En Infectología] los médicos, (...) en ningún momento discriminan a nadie, en infectología. Pero lo que es discriminatorio es la enfermera que hay ahí” (varón UD, con VIH, 56 años, en GD B, Buenos Aires).

“La dificultad es de razón social, se sienten discriminados, se los estigmatiza en los controles” (médica infectóloga, Chaco).

Las situaciones de estigmatización se expresan en la carga moral, la maternalización de la atención profesional y los juicios de valor, especialmente los referidos a cierta normalización de las prácticas sexuales.

“La doctora tiene el deber de decirle los pros y los contra, pero no retarle como si fuere su mamá porque obviamente tiene que verlo del modo profesional. (...) Se remarca la humillación cuando nos atacan como seropositivos que tenemos que sí o sí usar preservativo cuando sabemos que hay muchas parejas seropositivas o parejas serodiscordantes que, dentro del consenso, entre ambos, y un control médico riguroso. (...) No quería hacerme la extracción del DIU, que: ‘después cómo te vas a cuidar?’, que ‘tenés que cuidarte, que esto, que aquello, que no podés quedar embarazada’. [Aclara] Cuando yo estaba indetectable” (mujer con VIH, 25 años, en entrevista, Jujuy).

“¿De quién son los pacientes?”, dirían en un hospital. Así es que la derivación a Infectología fue interpretada por lo menos de dos formas por los/as profesionales: de un modo crítico cuando fue

referenciada por los/as que forman parte del servicio de Infectología; y en otros casos defendida y relatada en primera persona, cuando son profesionales de otros servicios en los que las definen como intervenciones “lógicas” o “esperables”.

“[Ante la pregunta ¿Cuáles son los principales cuidados que recomienda a las personas con VIH?] No hacemos recomendaciones, hacemos interconsulta con Infectología y las recomendaciones las hacen ellos que son los que saben” (médico cirujano, Buenos Aires).

“A las personas con VIH, las mandan para Infecto, se los sacan de encima. A lo mejor porque no saben qué hacer. Es como si solo fueran personas con VIH” (psicóloga, Buenos Aires).

“Es el médico que no quiere atender, quiere sacarse de encima al paciente. Los pacientes refieren ‘me mandaron de aquí para allá’. A veces los pacientes vienen por cuestiones distintas a lo que es el diagnóstico de HIV y de la guardia lo mandan a Infectología, siendo que podrían resolverse en guardia” (médica infectóloga, Chaco).

A pesar de la cronificación de los problemas de salud/enfermedad/atención vinculados al VIH y los procesos de descentralización en la atención, los servicios de Infectología fueron vistos como el servicio de salud de referencia. Así es que cuando se indagó entre los/as profesionales con qué servicio tenían mejor articulación para la atención con personas con VIH el 66,7% (47) mencionó Infectología. En segundo lugar, con un porcentaje mucho menor, el 21,7% (13) dijo que Clínica Médica.

En contraposición, el 16,7% (10) de los/as profesionales dijo que para la atención de personas con VIH tenía peores articulaciones con las especialidades quirúrgicas.

En el material cualitativo, tanto profesionales como usuarios/as coincidieron en señalar que las mayores dificultades de acceso eran con los servicios de Guardia, Odontología y Ginecología.

“En atención ginecológica (...) donde remarcaban el tema del embarazo que decían que no podías quedar embarazada porque vivías con VIH cuando en la actualidad podemos tener parto normal y podemos tener una pareja negativa” (mujer con VIH, 25 años, en entrevista, Jujuy).

“En Consultorios Externos y Odontología hay mucha resistencia a atender a estos pacientes” (trabajadora social, Chaco).

“En el resto de los servicios sí tienen dificultades, porque los reenvían a Infectología siempre como si lo único que tuvieran fuese VIH” (psicóloga, Buenos Aires).

“Igual con el tema de la Guardia de Palpalá,¹⁴ sí, hay veces me embola. Por el hecho de que a veces vas, y, ¿lo primero que te preguntan tenés VIH? Yo no entiendo ¿por qué? O sólo por vernos que somos chicas trans” (trans, con VIH, 32 años, en entrevista, Jujuy).

Los/as usuarios/as mencionan como barrera: no tener un vínculo de confianza con el/la profesional, ser expuesto/a ante los/as otros/as, notar situaciones de desinformación por parte de los/as profesionales.

2.3 Prácticas diferenciadas en la atención de las personas con VIH

Al preguntarles a los/as profesionales entrevistados/as si hacían algo distinto en la atención de personas con VIH respecto de otros/as pacientes, casi la mitad (45,9% - 28) respondió que sí, aludiendo que eran prácticas cuyo foco estaba puesto en el cuidado de las personas, considerando sus especificidades en términos del impacto subjetivo que podría producir el hecho de vivir con este virus.

Entre ellos, 11 personas aludieron a medidas específicas orientadas a evitar la transmisión, tema que retomaremos más adelante; y 10 dijeron que desarrollaban una disposición de mayor escucha, mayor contención y le dedicaban más tiempo por tratarse de pacientes que ellos/as perciben como personas más sensibles.

“Los atiende mejor, les dedico más tiempo porque me dan pena, cargan con una cruz, pobres. Acá, todos somos así, les prestamos más atención” (enfermera, Buenos Aires).

“Se brinda mayor espacio para el diálogo y el acompañamiento” (trabajadora social, Jujuy).

En menor medida, fueron mencionadas por tres personas, diferencias en la atención vinculadas con consideraciones clínicas, especialmente en lo que refiere a la necesidad de aislamiento o cuidados especiales debido al estado inmunodepresivo de determinados/as pacientes.

“Los pacientes con VIH tienen que brindar más atención y más individualizada por los problemas que tienen de desnutrición” (nutricionista, Jujuy).

14 - La ciudad de Palpalá, ubicada a 13,7 km. al sureste de la Ciudad de San Salvador de Jujuy, es la capital del departamento de Palpalá, el más pequeño de la provincia de Jujuy que cuenta con 52.856 habitantes (Censo, 2010).

“Por lo general, los pacientes con VIH tienen varias enfermedades a la vez. Por ejemplo, tuberculosis meníngea es común en personas inmunodeprimidas” (neumonólogo, Buenos Aires).

Trato diferencial: ¿discriminación Vs. privilegio?

Profesionales

Facilitador

- El trato diferencial justificado por el requerimiento de mayor confidencialidad, y disponibilidad en términos de contención, tiempo, disponibilidad porque la situación lo requiere.

“Desde el punto de vista de la contención soy más paciente, dedico más tiempo para los familiares, para la pareja. Doy mi teléfono privado” (médico infectólogo, Chaco).

“No informo el diagnóstico de HIV en la ficha, porque cualquiera tiene acceso y existen profesionales indiscretos respecto a este tipo de diagnóstico” (trabajadora social, Chaco).

Barrera

- Cuando la organización temporal/espacial del servicio implica la visibilización de esta población (fila u horario especial) porque persiste el estigma:

“Las personas vienen con mucho miedo, sobre todo las mujeres. El hecho de ir a sala 7 es como decir VIH” (médico infectólogo, Jujuy).

El trato diferencial se puede distinguir en prácticas y modos de organización de los servicios que fue descrito a veces como elemento facilitador para el acceso, y a veces como obstáculo.

El trato diferencial como facilitador fue justificado a partir de determinadas características que le fueron atribuidas a esta población como la necesidad de dedicar más tiempo y atención dado que se trata de una población “más sensible”.

“Porque nace dirigido a las personas con HIV, es el foco de este programa. No es igualitario en la atención hay una sensibilidad mayor, se observan miedos a la discriminación, por eso uno está más perceptivo” (médico infectólogo, Chaco).

“Las personas con VIH y los UD son susceptibles, tienen un mayor apego, quieren que los atienda yo. Será porque los escucho más, no sé” (médico infectólogo, Buenos Aires).

“El trato es diferente, en relación a la privacidad que uno mantiene con el paciente. Se busca facilitarle la accesibilidad, siempre se trata de resolver los problemas que pueden surgir tanto dentro de la institución como fuera de la misma. El trato es diferente, yo por ejemplo le doy mi teléfono personal, para que sea más fácil la comunicación con ellos. En los casos de los pacientes con HIV muchas veces yo uso el auto para llevarle la medicación, por ejemplo” (trabajadora social, Jujuy).

Algunas de las dinámicas de atención en espacios o tiempos diferenciados, fueron fundamentadas a partir de la prevención de la transmisión.

“Tratamos de tener una atención diferenciada en el horario dándole el último turno como medida de cuidado a otros pacientes” (odontólogo, Jujuy).

“En caso de pacientes que hay que hacer hemodiálisis hay normativas específicas, por ejemplo, atenderlo en los últimos turnos” (nefrólogo, Jujuy).

El trato diferencial de esta población fue interpretado como obstáculo cuando la organización temporal/espacial del servicio implica la visibilización de esta población. Fueron mencionadas como dinámicas estigmatizantes tanto la existencia de una fila especial en Farmacia para quienes retiran medicación antirretroviral, como la sala de espera de Infectología.

Considerando la perspectiva de los/as **usuarios/as**, en el mismo sentido, se diferencian instituciones donde espacialmente se ubica la atención de las personas con VIH en un lugar específico de otras donde no.

“Yo saco más rápido con mi carnet en el Pablo Soria. O sea, me facilitan ahí como para que yo saque los turnos más rápido. Dije, bueno, entonces, chau San Roque porque no, no me gusta, o sea no me gusta...o sea, la atención sí, buenísima con algunos médicos, con otros no. Me pasaba con muchos médicos, porque ya tengo desde hace mucho VIH. (...) Me fui al Pablo Soria porque ahí están todos para mí, en una sola galería, todos los médicos, yo veo que ellos mismos se van ahí como para variar la discriminación. Como para distinguir, o yo veo que ellos van para que no distingán que ellos tienen VIH. Y a veces están cohibidos, la gente si es que pasan, porque ahí dice doctora infectóloga y yo veo cuando van a preguntar, la misma gente está ahí sentada mirando así como con un temor que digan. Yo digo, bueno...a veces uno no se acepta. Como que el infectólogo solo atiende VIH, nada más. (...) En el San Roque están en un lugar más cerrado. Más privado. Yo creo que muchos eligen por ese tema” (mujer con VIH, 25 años, en entrevista, Jujuy).

También los/as usuarios/as mencionan la existencia de otros requisitos discriminatorios: solicitud de historia clínica o mayor información sobre la carga viral para la atención en Odontología.

“Yo me sentí bien atendido porque la doctora que me atendió, que me sacó una muela, no me pidió ni carga viral, ni nada. En el otro hospital, donde me tenía que sacar la muela, me pidió el doctor, el

cirujano, que tenía que traer una historia clínica actualizada de la carga viral. Y era mucho tiempo que iba a perder en sacarme una muela” (mujer trans, UD, con VIH, 54 años, en GD A, Buenos Aires).

Conversación GD en Buenos Aires:

- *“En donde te discriminan es en la Guardia”* (mujer UD, con VIH, 53 años).

- *“Sí, en la Guardia sí”* (varón con VIH, 56 años, en GD B).

- *“Más cuando vos decís tu serología ¿entendes?”* (mujer UD, con VIH, 53 años, en GD B).

- *“Porque te preguntan ¿estás tomando alguna medicación? Y le tenés que decir que sí. Y si te acordás de la medicación que tomás... ¿Qué tenés VIH? te preguntan. Y sí, por más que uno no lo tiene que decir, pero ellos mismos te obligan a que vos le digas”* (varón UD, con VIH, 56 años, en GD B).

2.4 La permanencia de la centralidad de la transmisión en el discurso de los/as profesionales

El “riesgo de transmisión”, aunque en varias entrevistas a profesionales referían a prácticas ubicadas en un tiempo pasado, continuaba ocupando un lugar preponderante en los discursos de los/as profesionales.

“Antes sí, cuando entré a trabajar acá. Por ejemplo, se incendiaban las camillas. Había mucho temor de los pacientes a que los vieran los vecinos o familiares, había mucha discriminación, estar en la puerta de infecto era muy estigmatizante. Las H.C. de los pacientes con VIH se cruzaban en rojo. Un profesional común no estaba capacitado para atender a esa población. Hoy se redujo un poco, pero sigue siendo estigmatizante. Cuando era como 30 pastillas los pacientes no entendían porque se les explicaba en difícil. O sea, si le explican el tipo entiende. Pero nadie le explica. Por ejemplo, un tipo se moría y venía un familiar con una bolsa de medicamentos. No la tomaba. Todos convencidos de que estaba medicado y él nada. Otra cuestión es que los médicos están colapsados, sobrepasados de gente. Antes, por ejemplo, había un único infectólogo” (trabajadora social, Buenos Aires).

En este sentido, el 32,8% (20) de los/as profesionales entrevistados/as dijo que estaba de acuerdo con la afirmación “*Muchas personas con VIH no se preocupan por evitar transmitirlo*” y el 34,4% (21) dijo que estaba más o menos de acuerdo.

Como mencionamos antes, sobre 28 profesionales/as que reportaron *“sí hacían algo distinto en la atención de personas con VIH respecto de otros/as pacientes”*, 11 aludieron a medidas específicas orientadas a evitar la transmisión.

Varias de las referencias de prácticas o medidas especiales fundamentadas a partir de la prevención de la transmisión fueron encuadradas como prácticas de un tiempo pasado, manifestando que en el presente percibían mejoras en la accesibilidad y la reducción del estigma derivado del *“riesgo de transmisión”*.

“Tienen vergüenza por la enfermedad por lo cual esconden su enfermedad. Tratamos de tener una atención diferenciada en el horario dándole el último turno como medida de cuidado a otros pacientes” (odontólogo, Jujuy).

“Algo que me llamaba la atención cuando era residente de primer año es que a los pacientes con VIH se los citaba por separado, para última hora. Yo no lo compartía. Ahora ya no pasa. Se supone que con todos los pacientes hay que tomar medidas de bioseguridad, no tiene sentido diferenciar” (odontóloga, Buenos Aires).

Ante la pregunta específica sobre qué medidas se toman para evitar la transmisión, más de la mitad de los/as entrevistados/as (55,7% - 34) respondió que no realizaba nada en particular, que seguía las mismas medidas de bioseguridad implementadas con los/as otros/as pacientes. El 27,9% (17) dijo que prestaba más atención y era más riguroso en la implementación de las medidas de seguridad estándar y sólo el 16,4% (10) mencionó que generalmente extremaba estas medidas y tomaba recaudos adicionales tales como el uso de guantes superpuestos, mayor rigurosidad con el uso de antiparras y barbijo, o la reserva de los últimos turnos para esta población en caso, por ejemplo, de tratamiento con hemodiálisis.

Entre quienes afirmaron no tomar medidas particulares para evitar la transmisión, mencionaron la alusión a un *“hacer de cuenta que todos/as los/as pacientes viven con VIH”*.

“Se aplica el protocolo de bioseguridad, todos son potenciales VIH” (médico cirujano, Buenos Aires).

“En intervenciones invasivas usamos material descartable (antiparras, guantes). Pero eso lo hago con todos, a todos por igual. Hay que tratar a los pacientes como si todos tuvieran VIH” (médico neumonólogo, Buenos Aires).

“En realidad, en quirófano siempre usamos doble guante. Para nosotros todos son VIH” (médico neurocirujano, Buenos Aires).

“Para mí son todos VIH”. Tomo las medidas de bioseguridad básicas...”
(médico otorrinolaringólogo, Buenos Aires).

Estas afirmaciones, invitan a reflexionar: ¿qué lugar simbólico ocupa el VIH en la evaluación de riesgos que se asumen en la realización de determinadas prácticas de cuidado propias del oficio o la profesión? En los testimonios citados, el VIH parecería representar simbólicamente el peor riesgo que corre un profesional de la salud en una práctica “invasiva” o de “contacto con fluidos”.

Finalmente, cuando indagamos qué recomendaciones realizan los/as profesionales a las personas con VIH, pudimos diferenciar los cuidados para evitar la transmisión del virus por un lado y, los cuidados orientados a mejorar la calidad de vida y promover el bienestar de las personas con VIH por el otro.

Tabla 3: Recomendaciones de los/as profesionales a las personas con VIH*

Recomendaciones	Cantidad de respuestas	% de casos
Uso de preservativo	30	58,8%
Control en Infectología	18	35,3%
Toma de medicación	11	21,6%
Buena alimentación	7	13,7%
Hablar con familia/pareja	3	5,9%
Comunicar al médico	3	5,9%
No compartir jeringas	3	5,9%
Evitar/controlar las infecciones	2	3,9%
Cuidado con elementos cortopunzantes	2	3,9%
Vacuna contra la gripe	1	2,0%

*Pregunta de respuestas múltiples

En lo que refiere a otros recursos de prevención o tratamiento que existen en el hospital vinculados con el VIH, aparece un mayor conocimiento y reconocimiento por parte de los/as profesionales sobre la existencia de tecnologías duras respecto a las blandas (Merhy, 2002). O dicho de otro modo, como lo retomaremos en el capítulo 4, de recursos instrumentales respecto de otros ligados a una lógica vincular. Así, mientras el 95,1% (58) dijo que en el hospital había

medicación antirretroviral y el 88,5% (54) que se entregaban preservativos, el 54,1% (33) dijo que había espacios de consejería y el 34,4% (21) grupos de autoayuda o de acompañamiento entre pares, siendo mayor la cantidad de profesionales que desconocían la existencia de estos dos últimos recursos en el hospital.

2.5 Test diagnóstico: disponibilidad, criterios de indicación y consentimiento informado

Sobre la recomendación y el acceso al testeo, una gran mayoría (93,4% - 57), de los/as profesionales entrevistados/as dijo que en el hospital en el que trabajaba había disponibilidad de test tradicional de VIH, mientras que fue menor el porcentaje de quienes mencionaron que había test rápido en el hospital (75,4% - 46). El 32,8% (20) de los/as profesionales prefiere el tradicional, el 16,4% (10) el rápido y el 39,3% (24) no respondió o dijo que desconocía la diferencia entre ambos. Al analizar esta pregunta según provincia, registramos que mientras en Chaco y en Buenos Aires hay mayor preferencia por el tradicional, en Jujuy el 70% (14) no respondió la pregunta.

El 86,9% (53) de los/as profesionales dijo que indicaba o recomendaba a sus pacientes la realización del test diagnóstico de VIH. Entre ellos/as, el 64,2% (34 de N=53) lo hacía con todas las personas que atendía y el resto, solo con aquellas que consideraba en situación de riesgo. Para identificar este “riesgo” los criterios más mencionados fueron los asociados a determinadas conductas sexuales y las sintomatologías asociadas al VIH/Sida. En el primer caso, la indicación del test diagnóstico fue referida como respuesta a la presencia de prácticas “*promiscuas*” asociadas por algunos/as entrevistados/as a personas gays o trabajadores/as sexuales.

“Solicito o recomiendo el test enfocando en el cuadro con el que viene el paciente: TBC, síndrome febril prolongado, por ejemplo. Y puede ser también considerando que sean personas trans, trabajadoras sexuales, gays o tengan conductas sexuales con varias parejas” (médico neumonólogo, Jujuy).

“A los pacientes de conductas de riesgo o en los que veo alguna lesión, alguna marca que puede estar vinculada con el VIH, por ejemplo, HPV en boca” (odontóloga, Buenos Aires).

En menor medida, los/as adolescentes y los/as usuarios/as de drogas también fueron mencionados como “*grupos de riesgo*” a los que se les suele indicar especialmente el test de VIH.

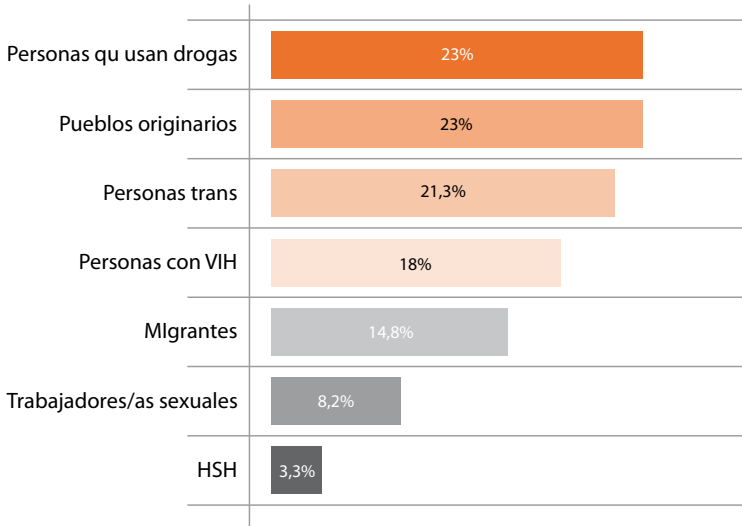
En lo que respecta al consentimiento informado, el 44,3% (27) de los/as profesionales entrevistados/as dijeron que “*debería haber excepciones para el requisito de consentimiento informado para el test diagnóstico de VIH*” y el 11, 5% dijo estar más o menos de acuerdo con esta afirmación. Al analizar esta opinión según provincia, en Chaco y Jujuy el porcentaje de quienes están de acuerdo con esta afirmación asciende al 55% (11), mientras que en Buenos Aires alcanza un 23,8% (5).

3

Accesibilidad de
las poblaciones
clave a la atención
hospitalaria

Según los/as **profesionales**, las personas que usan drogas y quienes pertenecen a pueblos originarios son los grupos con mayores dificultades de acceso. En ambos casos, el 23% (14) de los/as profesionales respondió que existían barreras de acceso específicas para estas poblaciones clave. En tercer lugar, fueron mencionadas las personas trans (21,3% - 13) y luego, las personas con VIH (18% - 11).

Gráfico 5: Poblaciones clave con mayores dificultades de acceso según la perspectiva de los/as profesionales (n=61)



Al analizar las respuestas según provincia, estos datos varían. En Jujuy, solo 4 profesionales identificaron dificultades específicas de acceso en alguno de los grupos sobre los que se indagó, mientras que en Chaco fueron 15 de 20 las personas que reconocieron dificultades de acceso y en Buenos Aires 12 de 21. En Chaco, los pueblos originarios fueron la población percibida con mayores dificultades de acceso (referenciada por la mitad de los/as entrevistados/as). En Buenos Aires, en cambio, las dos poblaciones más mencionadas fueron las personas que usan drogas (8 de 21) y las personas trans (7 de 21).

El presente estudio se ha enfocado especialmente en el análisis de las barreras de acceso tanto simbólicas como organizacionales por haber sido las más jerarquizadas por los/as trabajadores/as de la salud en un estudio anterior realizado por Intercambios Asociación Civil acerca de la accesibilidad de los/as usuarios/as de

drogas a los servicios públicos de salud (Rossi, Pawlowicz y Zunino Singh, 2007). Sin embargo, en este estudio, las barreras económicas fueron especialmente mencionadas en Buenos Aires, donde 8 de los/as 21 profesionales entrevistados/as dijeron que las dificultades estaban vinculadas con estas cuestiones y no con particularidades de las poblaciones clave.

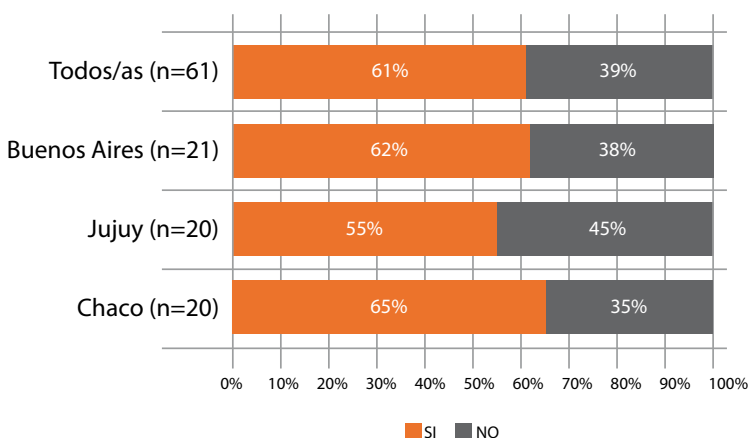
“Las dificultades de acceso se dan sobre todo por cuestiones económicas. Los estudios son por la mañana, las personas tienen que trabajar o no tienen dinero para llegar” (trabajadora social, Buenos Aires).

“Son pacientes generalmente de clase social baja. Recibimos mucha población del interior de la provincia de Buenos Aires. Las dificultades de acceso las vinculo más a cuestiones económicas” (médico otorrinolaringólogo, Buenos Aires).

“Los problemas de acceso son iguales para todo el mundo, tienen que ver con lo económico. La pobreza, el hacinamiento, la falta de vivienda son problemáticas que atraviesan a toda La Matanza” (médica clínica, Buenos Aires).

En lo que refiere a las barreras simbólicas, a modo general podemos decir que el 60,6% (37) de las personas entrevistadas declaró que existían prácticas discriminatorias hacia poblaciones clave en el hospital en el que fueron entrevistados/as.

Gráfico 6: Profesionales que declararon que existían prácticas discriminatorias hacia poblaciones clave en el hospital



A su vez, el 37,7% (23) dijo que estaba de acuerdo o muy de acuerdo con la afirmación “Es frecuente burlarse de alguien que se viste muy sexy para ir al hospital” y el 34,4% (21) dijo que estaba de acuer-

do o muy de acuerdo con la frase *“Cuando viene una persona sucia al hospital hay que pedirle que se higienice”*. Ambas afirmaciones dan cuenta de un tipo de registro de los cuerpos y de la existencia de una mirada normativa respecto a los modos en los que es legítimo habitar el hospital. Quienes no se encuadran aquí (por falta de higiene o por vestir ropa *“inadecuada”*, por ejemplo) se encuentran con una barrera, en este caso son burlados/as o higienizados/as.

Para profundizar sobre estas cuestiones, a continuación, se describen las representaciones de los/as profesionales y los/as usuarios/as sobre las barreras de acceso simbólicas y organizacionales de cada una de las poblaciones clave.

3.1 Pueblos originarios

La comunicación como barrera simbólica	
Usuarios/as	Profesionales
<ul style="list-style-type: none"> Diferencias de lengua y dialectos. <i>“Pasa muchas veces que los médicos no comprenden el dialecto, o nuestra comunidad no los entiende”</i> (varón indígena, 43 años, en GD B, Chaco) Diferencias culturales: tiempos. <i>“Los doctores es como que siempre están apurados”</i> (mujer indígena, 52 años, en GD A) Abuso de tecnicismos médicos. <i>“Por ahí muchos médicos usan terminología médica, dando por sentado que uno está entendiendo”</i> (HSH, 37 años, en GD A) 	<ul style="list-style-type: none"> Disposición de los/as profesionales como barrera. <i>“No buscan las estrategias para resolverlo (...) Habría que hacer un mínimo ejercicio de la empatía”</i> (médica clínica, Chaco). Características atribuidas a la población como barrera: <i>“No son expresivos”, “Son cerrados”</i>. <i>“Son más cerrados y es más difícil la interacción”</i> (médico reumatólogo, Jujuy).

Las barreras de acceso más mencionadas tanto por los/as profesionales como por los/as usuarios/as fueron las comunicacionales.

Participantes indígenas de los GD del Chaco enunciaron como problema de comunicación la heterogeneidad de lenguas y dialectos originarios y otras características *“culturales”* propias que difieren de las de los/as profesionales. Puntualizaron, por ejemplo, las diferencias en los tiempos y velocidades del habla, así como el uso por parte de los/as profesionales de terminología de difícil comprensión para ellos/as.

En el mismo sentido, algunos/as profesionales también men-

cionaron como barrera la utilización por parte de otros/as profesionales del lenguaje biomédico con términos específicos, y el escaso uso de estrategias alternativas que faciliten tanto la propia expresión clara y adecuada a las particularidades de la población, así como la escucha de la complejidad de sus problemas.

“Nosotros al menos en el barrio Toba,¹⁵ hablamos todos en castellano, pero si vienen del interior sí, a veces necesitan del traductor. Acá (hospital Perrando) está la oficina de los traductores, pero yo al menos no los vi” (mujer indígena, 52 años, en GD A, Chaco).

“Nosotros tenemos otro tipo de tiempo, en el lenguaje también, nosotros no es que empezamos a hablar y hablar, y los doctores es como que siempre están apurados, o sea, es conciso, directo y quizás nosotros, buscamos las palabras porque a veces las palabras no representan lo que queremos decir y tenemos que empezar a buscar las palabras en castellano que queden bien, entonces sí en el tiempo... igual eso nos pasa en todos lados, no solamente con los doctores. Nosotros tenemos que hacer doble interpretación de lo que queremos decir, en nuestro idioma y en castellano” (mujer indígena, 52 años, en GD A, Chaco).

“Todo se atribuye a que no entienden y que no hay mucho para hacer, porque ellos ya son así. No buscan las estrategias para resolverlo, en el hospital, hay recursos para poder comunicarse mejor con ellos como, por ejemplo, el programa de salud indígena o traductores” (médica clínica, Chaco).

“Hay dificultad en la comunicación, en entender la cultura de ellos. Los profesionales que los asisten no son insistentes, no los buscan, no los siguen. Y ellos, si se sienten bien, no vuelven” (médica infectóloga, Chaco).

“Tienen problemas de acceso por dificultades en la comunicación, por el idioma, el lenguaje, por hábitos de higiene. Sufren violencia, los profesionales dicen que son sucios y los maltratan” (trabajadora social, Chaco).

Para otros/as, las dificultades comunicacionales fueron relacionadas con la *“incapacidad”* de los/as indígenas para hacerse entender, ya sea por hablar una lengua originaria o por *“cuestiones culturales”*, tales como *“ser poco expresivos”* o por preferir prácticas de cuidado no biomédicas.¹⁶

15 - Se trata de un barrio identificado por estar habitado por personas del pueblo originario Qom. “Toba” no es el nombre con el que la comunidad se autodefine, sino un nombre de origen guaraní, utilizado a partir de la conquista española.

16 - Desde la Antropología Médica, muchos autores proponen analizar la biomedicina como un sistema de creencias más entre otros (Seppilli, 2000). Desde estas perspectivas, en las sociedades occidentales, si bien el sistema biomédico es el

“Los indígenas no son comunicativos, ellos solos se marginan. Es lo que más nos cuesta, la comunicación con los indígenas” (enfermera, Chaco).

“Son más cerrados y es más difícil la interacción” (médico, Jujuy).

“Por la comunicación, transporte, distancias, prejuicios de ambas partes. No creen en la medicina tradicional” (psicóloga, Buenos Aires).

“Hay problemas de comunicación con migrantes e indígenas, que son poquitos. Hacemos las indicaciones claras, pero ellos no comprenden” (médico neumonólogo, Buenos Aires).

En este mismo sentido, destacamos que poco más de la mitad de los/as profesionales entrevistados (33) dijo que estaba de acuerdo o más o menos de acuerdo con la afirmación “Los/as indígenas no entienden las indicaciones de tratamiento”.

Por otro lado, los/as usuarios/as también mencionaron como barrera de acceso la falta de información en las comunidades, especialmente en aquellas alejadas de los centros urbanos.

“Las personas de poblaciones indígenas acá en la provincia de Jujuy, no tienen la necesaria información sobre salud, VIH, sexualidad. No llega la info (...) Estamos tratando de llegar a Abra Pampa, hasta Yuto. ¹⁷Sabemos que son lugares que no tienen la información necesaria o la información que debería de llegar hasta sus centros médicos” (mujer con VIH, 25 años, en entrevista, Jujuy).

hegemónico, el mismo convive con otros sistemas (denominados de diferentes modos según cada autor) vinculados a las medicinas tradicionales, religiosas, alternativas y a los llamados “tratamientos legos” (Idoyaga Molina, 2015). Partiendo de este presupuesto, varios autores (Luz, 1997; Menéndez, 2015 y otros) han sistematizado las características principales de la racionalidad biomédica, entendida como matriz cultural que determina las prácticas y los saberes relacionados a los cuidados en salud, dominantes en las sociedades modernas. La descalificación de la mayoría de las prácticas terapéuticas propuestas por otras medicinas, el cientificismo positivista, el biologismo, la fragmentación y la relación unilateral y asimétrica entre el médico y el/la paciente, son características del Modelo Médico Hegemónico.

17 - Se trata de dos localidades de la provincia de Jujuy. Abra Pampa se encuentra en la puna, al norte de la provincia, 73km al sur de La Quiaca y Yuto se encuentra al este, a 104 km al norte de la capital de la provincia, San Salvador de Jujuy.

Percepciones sobre los modos de atención a los pueblos originarios

Usuarios/as

- La “mala atención: Discriminación, trato deshumanizado y falta de empatía.
“Los médicos o enfermeros directamente no tienen empatía” (varón indígena, 58 años, en GD B, Chaco).
“(…) abandonó el tratamiento justamente por esta falta de atención, la discriminación, el cansancio de venir y no conseguir turno, ser mal atendido por los médicos” (HSH, con VIH, 51 años, en entrevista, Jujuy).
- Acompañamiento y contención como facilitador
“Acá es distinto. (...) algunos profesionales, o algunos enfermeros que saben acompañar, que saben dar entendimiento” (mujer con VIH, 25 años, en entrevista, Jujuy).

Además de las dificultades en la comunicación, los/as usuarios/as mencionaron particularidades en la atención a las comunidades indígenas tales como malos tratos, discriminación, “mala atención”, “falta de empatía”, trato deshumanizado que pueden ser interpretadas como barreras simbólicas.

“(…) a veces vienen chicas que son así del campo, que son calladitas, no son hablar mucho y no son, o sea, de exteriorizarse y la gente lo toma así como, los que los atienden lo atienden de mala gana” (trans, con VIH, 50 años, en entrevista, Jujuy).

“Sabemos que hay chicos de pueblos originarios que... sé de uno de Humahuaca¹⁸ que abandonó el tratamiento. Justamente por esta falta de atención, la discriminación, el cansancio de venir y no conseguir turno, ser mal atendido por los médicos” (HSH, con VIH, 51 años, en entrevista, Jujuy).

“Muchas veces pasa que el tema de los ancianos cuando viene muy sucio y son de algún pueblo originario no los quieren atender, directamente no los atienden” (varón indígena, 43 años, en GD B, Chaco).

“Los aborígenes tienen la oficina el S.A.S.O.I.,¹⁹ pero ¿puede ser que para que te atiendan, vos tengas que llamar a alguien? Que venga una persona aborígen, de que no lo atienden y está mal. Eso no está bien no puede ser que tengamos que llamar a otra persona para que nos venga a ayudar para atender, eso se debería cambiar a atender a todos por igual (...) Nos viven discriminando, los aborígenes son lo peor dentro del hospital” (varón indígena, 58 años, en GD B, Chaco).

18 - Humahuaca es la ciudad cabecera del departamento de Humahuaca de la provincia de Jujuy, ubicado 127 km al norte de la capital de la provincia, San Salvador de Jujuy.

19 - El Sistema para la Atención de Salud y Orientación Indígena (S.A.S.O.I.) es un dispositivo que funciona transversalmente tanto en el Hospital Perrando como en el 4 de junio, con el acompañamiento del Instituto del Aborígen Chaqueño (IDACH) y con el objeto de garantizar la atención integral de la Salud de los pueblos originarios.

En contraposición, el acompañamiento y la contención de determinados profesionales fueron mencionados por usuarios/as como facilitador.

“Acá es distinto. Es distinto porque más allá de problemáticas que tengan los centros de salud,²⁰ tienen también algunas cosas buenas, ya sean algunos profesionales, o algunos enfermeros que saben acompañar, que saben dar entendimiento pero es muy vaga la información que llega hasta ellos” (mujer con VIH, 25 años, en entrevista, Jujuy).

Barreras organizacionales y percepción de “no resolutivez”

Usuarios/as

- Barreras organizacionales: dificultades con los turnos, demoras, derivaciones y circuitos engorrosos.
“(...) abandonó el tratamiento justamente por esta falta de atención, la discriminación, el cansancio de venir y no conseguir turno, ser mal atendido por los médicos” (HSH, con VIH, 51 años, en entrevista, Jujuy).
- El hospital como última opción.
“(...) recurrimos a veces a lo último, pero yo creo que eso es por el trato. Sentimos que no es esa atención la que necesitamos” (mujer, indígena, 52 años, en GD A, Chaco).

En diálogo con las percepciones de “*mala atención*” descritas en el apartado anterior, algunos dichos de los/as usuarios/as dan cuenta de las barreras administrativas percibidas en el hospital. Fueron referidas demoras o dificultades para conseguir turnos, derivaciones innecesarias y circuitos engorrosos. De diferentes modos, los/as usuarios/as relataron lo que Barcala (2015) define como “*deriva institucional*”, es decir, recorridos “*sin rumbo*” producidos por las múltiples derivaciones que se producen cuando los servicios de salud no logran alojar la demanda, es decir, no logran dar respuestas a los problemas por los que consultan. Frases como “*te mandan a tu casa*” o “*me canso y me voy a morir en mi casa*” dan cuenta justamente de la mirada que tienen los/as usuarios/as sobre la capacidad que tiene el hospital de resolver sus problemas. Esta percepción de “no resolutivez” va de la mano con otra de las representaciones sobre el hospital que emergieron en los grupos de

20 - La Atención Primaria de la Salud (APS) es la organización de la atención en diferentes niveles de complejidad y tiene por objetivo conjugar en forma eficiente la necesidad de cumplir con un máximo de cobertura. Los “centros de salud” son efectores que forman parte del primer nivel de atención, que es el de mayor cobertura, pero menor complejidad. Se trata de la puerta de entrada al sistema de salud, más cercanos a los lugares en los que viven las personas y más abocados a prácticas de prevención y promoción de la salud.

discusión: la del hospital como “última opción”, como el lugar a donde se concurre a buscar ayuda cuando ya no queda otra alternativa.

“Barrera siempre hay tanto en el Hospital como en los centros de salud, muchas veces hacen esperar (...) También tenemos problema con los turnos” (varón indígena, 43 años, en GD B, Chaco).

“Muchas barreras hay. Yendo y viniendo muchas veces uno se cansa y se pierde. Me canso me voy a morir en mi casa” (varón indígena, 43 años, en GD B, Chaco).

“Ella contrajo tuberculosis, pero estuvo en un estado muy avanzado, en el momento que se la internó, ella estaba demasiado (...) Desde noviembre ella venía así y se aguantó. Porque eso es una parte que nosotros tenemos, que recurrimos a veces a lo último, pero yo creo que eso es por el trato. Sentimos que no es esa atención la que necesitamos, y por ahí, por desconfianza o por volver de nuevo con el mismo problema, no van o van recién a lo último. Y ella sufrió bastante porque no sabían el diagnóstico final hasta lo último (...) y todo eso hizo que falleciera hace poco” (mujer indígena, 52 años, en GD A, Chaco)

“Y que sepan que la gente por ahí, en mi comunidad, venimos si a lo último, en eso tienen razón, pero hay una parte que por ahí cuando venimos para la atención, nos mandan para la casa solo con una inyección” (mujer indígena, 52 años, en GD A, Chaco)

En este marco de barreras simbólicas y organizacionales que se presentan para esta población en particular, fueron mencionados como facilitadores el acompañamiento y la mediación de organizaciones vinculadas a los colectivos indígenas.

“Toba, Wichí, mocoví, nosotros [S.A.S.O.I] somos asistentes sociales y somos los que hablamos con los médicos para que los puedan atender de una manera correcta, más humanizada. Para eso estamos nosotros para poder entendernos. Somos todos iguales” (varón indígena, 58 años, en GD B, Chaco).

“Pero cuando nos enteramos de eso [que hacen esperar a un/a paciente] vamos directamente a hablar con el médico, la oficina está para eso. Nosotros nos encargamos de acompañar, pero cuando intervenimos como oficina mejora el acceso. También tenemos problema con los turnos, nosotros también tenemos que tener a alguien para sacar turno” (varón indígena, 43 años, en GD B, Chaco).

3.2 Personas trans

Discriminación como barrera simbólica	
Usuarios/as	Profesionales
<ul style="list-style-type: none"> No reconocimiento de la identidad de género: Ej. llaman por nombre del DNI o internación de mujeres trans en salas de hombres. <i>"(...) hay médicos que no sé, no saben ni llamarme. Yo estoy en la punta y, o sea me ponen mi nombre de varón y yo me levanto y todos me miran y, ahí es como que soy motivo de burla"</i> (trans, con VIH, 50 años, en entrevista, Jujuy) Prejuicios de los/as profesionales: asociación trans = ITS. <i>"Hay veces me embola. Por el hecho de que a veces vas, y, lo primero que te preguntan: '¿Tenés VIH?'"</i> (trans, con VIH, 32 años, en entrevista, Jujuy) 	<ul style="list-style-type: none"> Existencia de prácticas discriminatorias por parte de otros/as profesionales: "peor atención". <i>"Son más discriminados. Por ejemplo, a veces no los quieren atender y les dicen que vengan más tarde o los atienden rápido"</i> (cardiólogo, Buenos Aires). Características atribuidas a la población como barrera: "tienen vergüenza", "Se auto-discriminan". <i>"Piensan que todos tienen muchos prejuicios y pre conceptos sobre ellos"</i> (trabajadora social, Jujuy) <i>"Se auto marginan y se cuidan mucho en las entrevistas"</i> (trabajadora social, Jujuy).

Tanto usuarios/as como profesionales mencionaron la existencia de prácticas discriminatorias hacia las personas trans dentro del hospital, como llamarlos/as por el nombre que figura en el DNI, internarlos/as en salas que no se corresponden con su género autopercebido, hacerlos/as esperar en exceso e inclusive, evitar atenderlos/as. El no reconocimiento de la identidad de género parece constituirse como principal barrera simbólica para este grupo.

Según usuarios/as

"(...) hay médicos que no sé, no saben ni llamarme. Yo estoy en la punta y, o sea me ponen mi nombre de varón y yo me levanto y todos me miran y, ahí es como que soy motivo de burla" (trans, con VIH, 50 años, en entrevista, Jujuy).

"(...) en estos últimos tiempos recién están, se están adaptando a esa ideología. Antes no, sin documento no te, igual, si no tenemos cambio de identidad tampoco, nos nombran con nombre de varón a las chicas trans" (trans, con VIH, 50 años, en entrevista, Jujuy).

"(...) ahí directamente los médicos, a nosotras las chicas trans nos tratan de varón [acentúa en voz gruesa] y nos ponen en las salas de varones. A las que no tienen el cambio de identidad. Por ejemplo, me pasó a mí. O sea, yo estaba en la sala de varones, compartiendo con 10 chicos. Y un solo médico, bueno, más o menos que se dio cuenta de lo que yo era, dice trasladala a ella pero ya a lo último"

cuando estaba por darme el alta, me pasó a una sala común. A una sala aislada” (trans, con VIH, 50 años, en entrevista, Jujuy).

“Me agarré justamente, con un par de compañeras que me van a buscar, y ellas dicen, `te busca un chico´, y la tercera o cuarta vez, que sale a ver mi jefa, porque yo le digo, me están diciendo que me busca un chico y es una chica. Salí, vio y tuvo que actuar ella (la jefa) y decirles que van a tener problemas legales porque le están faltando el respeto a la compañera” (HSH, 37 años, en GD A, Chaco.)

“A mí me pasó personalmente, que tuve que hacer una denuncia al INADI²¹ a dos compañeras, porque siempre me decían “papito”. Y me tenían, los ovarios que no tengo...y un día me cansé, y dije bueno, fui e hice la denuncia (...) Porque si yo te dije a vos, que a mí me tenés que tratar como femenina, no me sigas tratando como papito” (trans, 32 años, en GD A, Chaco).

Según profesionales

“Porque están estigmatizados, discriminados. Hay mucho pensamiento retrógrado. Los jóvenes venimos a de-construir prejuicios. Acá no sucede. Pero en otros hospitales sucede que los llaman por el nombre del DNI.²² Tuve una sola paciente. No se acercan. Yo no sé dónde se atienden. Es una cuestión de estigma. Son muy visibles” (médica ginecóloga, Buenos Aires).

“Son más discriminados. Por ejemplo, a veces no los quieren atender y les dicen que vengan más tarde o los atienden rápido” (cardiólogo, Buenos Aires).

“En la Guardia hay especialidades puntuales que discriminan y peor si son pacientes psiquiátricos, y peor aún si encima tienen VIH. En la Guardia de Salud Mental esto se ve todo el tiempo” (psicóloga, Buenos Aires).

A su vez, la existencia de prejuicios por parte de los/as profesionales que asocian linealmente esta población con el VIH o con otras infecciones de transmisión sexual también fue mencionada por los/as **usuarios/as**.

“A mí me pasó en el centro de salud, me discriminaron me cerraron la puerta en la cara. No me quisieron sacar un diente (...) No sé qué piensan que porque tienes cierta orientación le vas a hacer algo, le vas a contagiar algo. Acá en el servicio de Odontología del Hospital se ve eso, si no interviene la asistente social de Infectología chau,

21 - Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo.

22 - Se refiere al nombre que figura en el Documento Nacional de Identidad, es decir aquel con el que inscriben a la persona cuando nace. Así, cuando la persona trans no hizo aún el cambio de nombre y de sexo amparada por la ley n° 26.743, el nombre que figura en el DNI no se corresponde con el género autopercibido.

no te atienden ni ahí, o si te atienden parece que les das asco, no sé te hacen sentir realmente mal” (trans, trabajadora sexual, 29 años, en GD 2, Chaco)

En contraposición, algunos/as **profesionales**, caracterizaron la discriminación como una percepción subjetiva. Según esta mirada, son las mismas personas trans quienes *“tienen vergüenza”*, se sienten discriminados/as o se *“auto-marginan”* por su identidad de género.

“Los trans, trabajadores sexuales no demandan, yo creo que por vergüenza o por algún tipo de resguardo. Tal vez su condición no es un problema, pero tampoco consultan por otras cuestiones” (psicóloga, Chaco).

“Son personas que se sienten discriminados, que a veces piensan que todos tienen muchos prejuicios y pre conceptos sobre ellos y que son pacientes que no conocen el funcionamiento del servicio de salud, eso más la mediatización que se hace de algunas situaciones hace que sea complicado el trato” (trabajadora social, Jujuy).

“Se auto marginan y se cuidan mucho en las entrevistas” (trabajadora social, Jujuy).

“Se sienten discriminados, acceden poco. En todos estos años, solo me tocó atender a una” (médica clínica, Buenos Aires).

“El trabajo con personas trans es reciente, es gente temerosa del tratamiento” (médico ginecólogo, Jujuy).

Representaciones sobre facilitadores para esta población	
Usuarios/as	Profesionales
<ul style="list-style-type: none"> • Organizaciones y grupos de pares como modo de empoderamiento. <i>“Gracias a la militancia se logró mucho”</i> (HSH, 23 años, en GD B, Chaco) • Capacitación de los/las profesionales. <ul style="list-style-type: none"> • La proponen/reclaman • Se relativiza su eficacia • Percepción sobre reducción de barreras en los últimos años. <i>“Ahora nos atienden mejor de lo que nos atendían antes”</i> (HSH, 23 años, en GD B, Chaco) 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultorios “amigables” como facilitador. <i>“Se acercan más a lugares donde se sienten más alojados, más específicos. Por ejemplo, a consultorios amigables”</i> (psicóloga, Buenos Aires). • Percepción sobre reducción de barreras en los últimos años. <i>“De a poco hay una tendencia a la inclusión”</i> (nutricionista, Buenos Aires)

Por medio del relato de sus propias experiencias, los/as usuarios/as reivindicaron la importancia de los grupos de acompañamiento entre pares, la militancia y la participación en las organizaciones como estrategias de empoderamiento que resultan en la exigibilidad de derechos y facilitan el acceso.

“La mejor experiencia fue cuando se intentó hacer ese grupo de ayuda, de autoayuda. Para poder solventarnos o sea, para poder convivir con, o sea grupos de ayuda desde la misma patología. (...) Una psicóloga era la que hacía (...) nos hacía soltar todo lo que no podíamos, hablar a veces. Entonces, tanto a hombres, mujeres, chica trans a toda la gente que iba. Esa fue la mejor experiencia que tuve” (trans, con VIH, 51 años, en entrevista, Jujuy).

“Yo también pertenezco a DIVREG²³ por suerte en Infectología el Dr. atiende sin turno. Me pasó de ver un caso de una chica trans y la internaron en la sala de varones, vinimos hicimos el reclamo y más, y logramos que se cambien” (HSH, 23 años, en GD B, Chaco).

“Gracias a la militancia se logró mucho. Tenemos una referente trans que trabajó mucho en el hospital para disminuir esas barreras que surgen en cuanto a la accesibilidad a los servicios, por la diversidad de la población” (HSH, 23 años, en GD B, Chaco).

A su vez, para la deconstrucción de prácticas y discursos discriminatorios se refirieron a la necesidad de capacitaciones para los/as profesionales, en el sentido de la necesidad de un cambio de paradigma hacia la deconstrucción de la mirada heteronormativa, la transformación desde la lógica de la fragmentación hacia la integralidad de la salud; la hegemonía de la perspectiva de derechos en el marco de las leyes estatales vigentes por sobre creencias religiosas personales. En algunos casos plantean su imperiosa necesidad como modo de derribar barreras simbólicas y en otros, la mencionan, pero relativizan su potencial eficacia.

“Para mí el cambio tiene que ir desde la capacitación, o sea cuando ellos se forman ya les tienen que enseñar sobre la perspectiva de género cosa que cuando salen a trabajar no hagan esas cosas no discriminen” (trans, trabajadora sexual, 29 años, en GD B, Chaco).

“Nosotras como chicas trans tenemos nuestra lucha, en este caso todo pasa por la discriminación, tener una charla varios grupos, que los médicos se capaciten. El profesional no pasa muchas veces lo que pasa una persona humilde, no entiende que hay otras realidades. (...) En realidad no tendría que haber capacitación porque somos todas personas. Y al ser todas personas y tener el mismo derecho de acceso a la salud, es ilógico pensar en hacer capacitaciones para enseñar cómo tratar” (trans, 20 años, en GD B, Chaco).

“Y pasó que después de eso vino el INADI a hacer una capacitación a todo el servicio, y se corrigió bastante. Pero por ahí como dice el compañero, la gente que está en la iglesia es la que más cuesta, porque dicen que Dios esto, que Dios aquello. O sea, está todo bien,

23 - Organización social vinculada a la diversidad de género de la ciudad de Sáenz Peña.

yo no voy a meterme con las creencias de ellas, pero ellas no tienen que meterse con mi autopercepción o con mi identidad de género” (trans, 32 años, en GD A, Chaco)

“Todos fueron a una u otra capacitación y si no fueron, yo todo el tiempo les estoy comiendo la cabeza. Pero me doy cuenta, que algunos que están atravesados por la iglesia evangélica e insisten...” (HSH, 37 años, en GD A, Chaco).

Los/as profesionales, a diferencia de los/as usuarios/as, hicieron mayor hincapié en facilitadores de tipo organizacional. Según las recomendaciones de la DSETSHyT,²⁴ los consultorios amigables son una estrategia para mejorar el acceso de los grupos de la diversidad sexual a los servicios de salud a través del “reordenamiento de los recursos existentes” para funcionar como puerta de entrada al sistema de salud (DSyETS, 2013, p. 11). La elección de un horario específico, de preferencia vespertino, forma parte de las especificidades de este tipo de dispositivos. En esta línea, la inexistencia en el hospital de consultorios “amigables” o de servicios con horarios y atención diferencial para contener fue mencionada por los/as profesionales como barrera organizacional específica para esta población, mientras que en el mismo sentido los/as usuarios/as del Hospital Perrando, dentro del cual funciona un Consultorio amigable, reivindicaron el dispositivo como facilitador en términos organizacionales.

“Mirá, en el consultorio trans se mejoró bastante lo que es la atención y los turnos (...) hay que entender que la mayoría de las compañeras están en situación de prostitución y muchas veces vienen amanecidas no es cierto, a sacar turnos o laboratorios. Lo que hace este consultorio, es sacarle turnos” (trans, 32 años, en GD A, Chaco).

“No tenemos espacio físico, ni personal especializado o capacitado para atenderlos, para poder llegar a ellos” (obstétrica, Chaco).

“No se dificulta el acceso al servicio pero que es el hospital en general el que no es amigable, por ejemplo, funciona todo en horario de la mañana, no hay consultorios por la tarde o noche, con la nueva reestructuración la gente no sabe a dónde ir” (médica infectóloga, Jujuy).

“Porque no hay servicios específicos para ellos. Los tienen de acá para allá” (odontóloga, Buenos Aires).

“Se acercan más a lugares donde se sienten más alojados, más específicos. Por ejemplo, a consultorios amigables. Tienen miedo a las instituciones grandes, a los prejuicios” (psicóloga, Buenos Aires).

24 - Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud y PNUD (2013). Consultorios amigables para la diversidad sexual: guía de implementación. Disponible en www.msal.gob.ar/sida

Por último, vale resaltar, que en las respuestas tanto de profesionales como de usuarios/as fue referenciada una relativa reducción en los últimos años de las barreras de acceso para las personas trans.

“Es un servicio que está cambiando, antes había solo hombres ahora se incorporaron mujeres, antes era un servicio más machista” (médico traumatólogo, Chaco).

“Al hacer el taller de sensibilización sobre comunidad LGTB²⁵ pudieron cambiar la forma de trato y de cómo mencionarlos” (médica psiquiatra, Jujuy)

“Se los atiende. De a poco hay una tendencia a la inclusión. En Cirugía Plástica hay dos camas especialmente designadas para priorizar a esta población” (nutricionista, Buenos Aires).

3.3 Personas migrantes

Lecturas sobre la atención a los/as migrantes	
Usuarios/as	Profesionales
<ul style="list-style-type: none"> Existencia de actitudes xenófobas y discriminatorias por parte de profesionales. <i>“Se discrimina mucho porque ‘Que paraguayo de mierda, que chileno de mierda’”</i> (trans, UD, con VIH, 54 años, en GD, Buenos Aires). Otras representaciones: <i>“migración descontrolada”, migrante como “amenaza”</i> <i>“Acá no puede ser que entre tanta gente sin nada. No tienen control en la frontera, no sé.”</i> (trans, UD, con VIH, 54 años, en GD, Buenos Aires). Percepción de inexistencia de barreras para migrantes: <i>“Llegan muchos y se los atiende a todos.”</i> <i>“He visto mucho boliviano, mucho peruano, pero no, no, nada. Los atienden a todos”</i> (mujer migrante, con VIH, 59 años, en GD, Buenos Aires). 	<ul style="list-style-type: none"> Actitudes xenófobas y discriminatorias por parte de otros/as profesionales. <i>“Sufren maltratos de los profesionales, mismos colegas que los discriminan”</i> (trabajadora social, Buenos Aires). Dificultades en la comunicación atribuidas a los/as migrantes: <i>“Son parcos”, “No hablan”, “tienen tiempos más lentos.”</i> <i>“Las personas bolivianas tienen un perfil más silencioso, más metido para adentro”</i> (psicóloga, Buenos Aires). Otras representaciones sobre migrantes: <i>“abusivos”, “demandantes”, “el hospital está lleno.”</i> <i>“Son muy demandantes. Atrás de ellos viene el primo, el tío, el cuñado...”</i> (médico nefrólogo, Buenos Aires) Percepción de inexistencia de barreras para migrantes: <i>“No tienen dificultades en acceder, de hecho, hay un montón”</i> (odontóloga, Buenos Aires).

25 - LGTB es la sigla compuesta por las iniciales de las palabras Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgénero

Al igual que con los pueblos originarios, se mencionaron dificultades vinculadas a la comunicación y a “*diferencias culturales*”. También aquí, es posible reconocer barreras atribuidas a la disposición y a las prácticas de los/as profesionales y por otro lado, a las características de los/as migrantes.

“Las dificultades tienen que ver con nuestra limitación por no saber cómo trabajar con las diferencias culturales. No sabía cómo entrar. Las personas bolivianas tienen un perfil más silencioso, más medido para adentro. La visión sobre la mujer y sobre el hombre es diferente. La atención ahí tiene una dificultad. Ahí es donde tenemos que aprender más nosotros, con las dificultades con la comunicación, por ejemplo, siempre pienso en ir a aprender guaraní. (...) La diferencia de cultura. Deberíamos poder intervenir desde ellos, no desde lo que a nosotros nos parece” (psicóloga, Buenos Aires).

“Tienen inconvenientes para conseguir turnos, sufren maltratos de los profesionales, mismos colegas [trabajadores sociales] que los discriminan” (trabajadora social, Chaco).

Tanto profesionales como usuarios/as mencionaron situaciones de discriminación y la negación de profesionales a generar estrategias para comprender y hacerse comprender, así como representaciones sobre los/as migrantes vinculadas a las dificultades de expresión, “*la parquedad*” y “*los silencios*”. La construcción de estereotipos de personas migrantes, especialmente de personas bolivianas, por parte de los/as profesionales de la salud, ha sido abordada en diversos trabajos (Jelin y otros, 2006; Cerrutti y otros, 2010; Baeza, 2013 entre otros). Estas son percibidas por los/as profesionales como “*sumisas*”, “*sufridas*”, “*calladas*”, con dificultades de comunicación e incapacidad de entender consignas. Estos estereotipos son interpretados por los autores como expresión del carácter etnocéntrico del sistema de salud tradicional, lo que tiene consecuencias en la práctica médica y configura un tipo de relación entre médicos/as-pacientes atravesada por procesos de inferiorización.

“Por ejemplo, los bolivianos, ellos tienen otros tiempos, más lentos y nosotros estamos siempre a las corridas. Hay situaciones en las que se les cierra la puerta en la cara. No hay paciencia ni intención de comprender las diferencias culturales. El tema es la comunicación. Te hacen interconsultas argumentando dificultades en la comunicación y en realidad es simplemente que no le están preguntando, ni escuchando. Sobre todo, con las personas bolivianas pasa esto. O, por ejemplo, una señora que solo hablaba guaraní y llamaron a un psiquiatra para que la derivaran” (trabajadora social, Buenos Aires).

“Las personas migrantes y de comunidades indígenas son muy parcos para hablar, hay que trabajar a diario con ellos” (trabajadora social, Jujuy).

A su vez, hubo tanto profesionales como usuarios/as que dijeron que se trata de una población que no tiene dificultades de acceso. Varios/as de ellos/as fundamentaron esta respuesta aludiendo a la existencia de una alta proporción de migrantes dentro de los hospitales públicos.

“Hasta las personas indocumentadas se busca la forma en el hospital de atenderlos. Porque hay mucha gente que... O algunos que nacieron, pero no tienen el documento. En ese sentido, ahí se copan ellos” (mujer UD, con VIH, 53 años, en GD B, Buenos Aires).

“He visto mucho boliviano, mucho peruano, pero no, no, nada. Los atienden a todos” (mujer migrante, con VIH, 59 años, en GD A, Buenos Aires).

“Acá la demanda de esa población aumentó mucho en los últimos años” (médico otorrinolaringólogo, Buenos Aires).

“No tienen dificultades en acceder, de hecho, hay un montón” (odontóloga, Buenos Aires).

“La mayoría de los pacientes son migrantes” (médico cardiólogo, Buenos Aires).

En esta clave, también se registraron representaciones de usuarios/as y de profesionales sobre la falta de controles en la frontera y percepción de los/as migrantes como “amenaza”, como “personas demandantes” y “abusivas”, culpabilizándolas del exceso de trabajo y de la escasez de recursos de los hospitales.

“Argentina es un país maravilloso. Porque nosotros recibimos a todo el mundo ¿viste? Nunca nadie opinó, o si opinaron mal no me enteré, pero nosotras vamos a otro país, porque yo tengo compañeras que viajan, se van para distintos lugares, y tenés que tener hasta todas las vacunas en regla, y todo lo demás” (trans, 45 años, en GD A, Buenos Aires).

“Es lo que corresponde. En todo país tiene que ser así. Acá no puede ser que entre tanta gente sin nada. No tienen control en la frontera, no sé. Hasta chicos entran sin documento ¿Y por qué? ¿Por qué entra tanta droga...?” (trans, UD, con VIH, 54 años, en GD A, Buenos Aires).

“Los migrantes son muy demandantes. Atrás de ellos viene el primo, el tío, el cuñado...” (médico nefrólogo, Buenos Aires).

“No hay que atenderlos, hay que echarlos. Porque también viene con cada planteo como si fuera que estás obligado a hacer lo que

ellos dicen. Lo mismo con gente que tiene tatuajes, piercing, dilata-
dores (y consultan para retirarse tatuajes o por alguna complicación
relacionada). Este es un hospital público y te hacen todo gratis
por eso es que vienen acá a decirte que estás “obligado” a hacerlo.
Yo los echo porque no porque sea gratis hay que hacer de todo”
(médico cirujano, Chaco).

Otros testimonios tanto de profesionales como de usuarios/as
relataron la existencia de estos posicionamientos dentro del hospital
cuestionándolos y/o interpretándolos como actitudes xenófobas.

“Y sí (hay discriminación) a los bolivianos más que nada. Viví un epi-
sodio así en el hospital, había un boliviano internado te hablo ya de
cinco años atrás. Le dijo al paciente “porque en tu país nos cobran
hasta el agua”, escuché del doctor” (mujer trans migrante, 40 años,
en entrevista, Jujuy).

“Se discrimina mucho porque: “Qué paraguayo de mierda, que chi-
leno de mierda”, toda esa discriminación... El paraguayo es mejor
trabajador que el argentino. El boliviano también” (trans, UD, con
VIH, 54 años, en GD A).

“Con los migrantes se escuchan comentarios xenófobos como “so-
brecarga el trabajo”, “el paraguayo tiene que atenderse en su lugar”
(médico cardiólogo, Chaco).

“Sobre todo con personas extranjeras. Aparecen todo el tiempo quejas,
comentarios ante la demanda o el exceso de trabajo” (médico cirujano,
Buenos Aires).

“No veo tanta discriminación específicamente dirigida a las personas
con VIH. En la población general hay discriminación (...) comentarios
como “Le voy a cobrar a Evo Morales²⁶ lo que cuesta tal o cual pres-
tación” (trabajadora social, Buenos Aires).

Varios/as autores analizan la sobredimensión de la presen-
cia migrante en el imaginario de los/as profesionales de la salud
que, al igual que ocurre con el resto de la sociedad, no se corres-

26 - La alusión al presidente de Bolivia puede vincularse con el reciente debate públi-
co en torno a la gratuidad de los servicios públicos para migrantes no permanentes.
A principios de 2018, diferentes proyectos de ley en este sentido fueron presentados:
tres en la legislatura nacional y uno en la de la provincia de Jujuy. Todos ellos, fun-
damentados a partir de los llamados “criterios de reciprocidad” entre dos Estados,
según los cuales las personas nacidas en uno de ellos gozarán en el territorio del
otro de los derechos que quienes nacieron en este último gozan en el territorio del
primero. Tanto en las narrativas de los proyectos como en el tratamiento que los
medios de comunicación dieron al tema, es posible identificar una operación discursi-
va de corrimiento de la idea de acceso a la salud como derecho inalienable hacia
una perspectiva que la asocia a un objeto de negociación diplomática basada en la
reciprocidad (Abal y otros, 2019).

ponde con su peso demográfico. Especialmente a partir de la década de 1990, los migrantes latinoamericanos fueron construidos como chivos expiatorios que explicarían las consecuencias de la implementación de las políticas neoliberales como la desocupación y colapso de los servicios públicos (Grimson, 1999; Halpern, 2007; Domenech y Magliano, 2008; Melella, 2016, entre otros).

Normativas y políticas restrictivas como barrera	
Usuarios/as	Profesionales
<ul style="list-style-type: none"> Política provincial que regula el acceso de migrantes al sistema de salud jujeño (Ley 6.116/2019). <i>“Con estas nuevas políticas de gobierno de Morales [Gerardo], hoy por hoy los, los migrantes..., no tienen el acceso que tenían antes a la salud”</i> (HSH, con VIH, 51 años, en entrevista, Jujuy). 	<ul style="list-style-type: none"> Requisito de DNI para determinados medicamentos, estudios o intervenciones de alta complejidad. <i>“El problema no es la atención sino los estudios que no hay en el hospital, (...) Como necesitan la negativa del ANSES, terminan haciéndolos en un privado”</i> (trabajadora social, Buenos Aires).

La construcción del migrante como “chivo expiatorio” tiene su correlato en normativas y políticas que tienen efectos materiales y simbólicos en lo que refiere a la accesibilidad. En este sentido, fue referenciada como barrera de acceso la ley aprobada por la legislatura jujeña el 06 de febrero del 2019 que regula el acceso gratuito a los servicios públicos de salud para determinadas categorías de migrantes (Ley provincial 6.116), lo que la ubica para algunos/as usuarios/as como la población con mayor dificultad de acceso en Jujuy:

“De hecho es público que con estas nuevas políticas de gobierno de [Gerardo] Morales hoy por hoy los, los migrantes..., no tienen el acceso que tenían antes a la salud, Tienen que pagar. Si bien hay muchos que pueden contar o no con los medios, con los dólares, hay otros que no. Hay gente que viene y trabaja como golondrina en el campo” (HSH, con VIH, 51 años, en entrevista, Jujuy).

“Creo que hoy por hoy son las más abandonadas del sistema (...) Yo perdí contactos con muchos pacientes del Soria, que en la mayoría eran migrantes. Matrimonios con chicos incluso, sé de un par que ya fallecieron, creo que ahí viene la peor parte de, digamos, de toda la gama que puede haber dentro de los pacientes de la provincia. Creo que son las que más se están perdiendo, la que se ha perdido y muchos casos no sabemos si se han vuelto a Bolivia, si han fallecido. Perdimos rastro con esa gente” (HSH, con VIH, 51 años, en entrevista, Jujuy).

En lo que respecta a las barreras organizacionales, algunos/as profesionales también mencionaron como obstáculo la vigencia de políticas y regulaciones que avalan la atención gratuita y presta-

ciones básicas pero que no tienen su correlato en normativas equivalentes que garanticen el acceso a determinados medicamentos, estudios o intervenciones de alta complejidad fuera del hospital a personas sin Documento Nacional de Identidad (DNI).

“Los migrantes niegan su nacionalidad porque para el tratamiento deben tener nacionalidad argentina, pero la atención en el servicio no se les niega” (cardiólogo, Chaco).

“Por la medicación, para tenerla hay que estar nacionalizado argentino” (médico oncólogo, Chaco).

“Esta población particularmente produce fastidio, ya que se pone a la persona como problema y el sistema de salud muchas veces no puede resolver sus problemas, te deja con menos herramientas esta población. Por ejemplo, hay veces que no pueden acceder a la realización de algunos estudios complementarios y algunos tratamientos” (médica clínica, Chaco).

3.4 Personas que usan drogas

Usuarios/as de drogas: entre el “no hacerse cargo” y la “no adherencia”	
Usuarios/as	Profesionales
<ul style="list-style-type: none"> Mirada social condenatoria como barrera. <i>“Son mal vistos (...) [otros] no quieren juntarse con personas así”</i> (mujer, con VIH, 25 años, en entrevista, Jujuy). Trato deshumanizado y falta de contención. <i>“Desde los hospitales siempre se ve un ‘mal visto’ pero no tratan de controlarlo desde un buen trato psicológico”</i> (mujer, con VIH, 25 años, en entrevista, Jujuy). Mayor aceptación hacia usuarios/as de cannabis. <i>“Porque es como que la tienen clara, (...) lo usan como un aporte, una ayuda incluso hay pacientes con HIV también”</i> (HSH, con VIH, 51 años, en entrevista, Jujuy). Falta de políticas públicas con espacios de contención social como actividades deportivas. Preocupación por las interacciones farmacológicas entre TARV y sustancias psicoactivas. 	<ul style="list-style-type: none"> Prácticas de los/as profesionales como barreras: discursos moralizantes acerca de los/as usuarios/as de drogas. <i>“Son una población resistida por los profesionales que no los quieren atender: ‘Son complicados’, ‘se enojan’, ‘reclaman’, ‘son más demandantes’. De todo eso los tildan”</i> (psicóloga, Buenos Aires). Actitudes atribuidas a los/as usuarios/as de drogas identificadas como barreras: inconstancia. <i>“Son los que más dificultades tienen. (...) Los que tienen consumos problemáticos, cuando vienen hay que aprovechar porque no es tan fácil que vuelvan”</i> (trabajadora social, Buenos Aires). Actitudes expulsivas por reducción de la respuesta sanitaria al ejido de Salud Mental. <i>“Nadie se hace cargo de este paciente, solo se atiende en la urgencia”</i> (trabajadora social, Chaco).

En lo que refiere a la percepción acerca de las personas que usan drogas legales e ilegales, las particularidades de la accesibilidad también pueden dividirse entre aquellas relacionadas con las prácticas de los/as profesionales y aquellas cuyo foco está puesto en las actitudes de los/as usuarios/as.

La representación social condenatoria de las prácticas de consumo de sustancias es una barrera recurrente en las narrativas de los/as usuarios/as y de los/as profesionales.

“Reciben estigma, desprecio y declives a la hora del diálogo, a la hora de denominar, de afrontar distintas enfermedades, distintas patologías, sexualidad, drogadicción, alcoholismo” (mujer con VIH, 25 años, en entrevista, Jujuy).

También identifican otras prácticas “expulsivas” con ribetes moralizantes de los/as propios profesionales respecto del uso de drogas.

“Sobre todo las mujeres embarazadas. Cualquier mención al uso de una droga ilegal implica una interconsulta, escrachan al adicto en la historia clínica” (trabajadora social, Buenos Aires).

Los/as **profesionales** en particular también refirieron, como barreras para el acceso, a determinadas características que atribuyeron a las personas que usan drogas, tales como la inconstancia, el olvido de las citas pautadas y la no adherencia al tratamiento.

“Por cuestiones personales de los usuarios. Tienen menos constancia. Por su adicción, se olvidan de venir a la consulta, por ejemplo. (...) Es más difícil la adhesión al tratamiento. A veces se niegan y son agresivos con el personal” (médico cirujano, Buenos Aires).

“No son conscientes de la enfermedad. No se cuidan lo suficiente. No quieren atenderse. (...) Dejan la medicación y capaz aparecen después de 3 años” (enfermera, Buenos Aires).

“Son los que tienen mayores dificultades. Los citan y faltan, desconectan. Quizás no los contenemos bien. Las personas con VIH y los usuarios de drogas son susceptibles, tienen un mayor apego, quieren que los atienda yo. Será porque los escucho más, no sé” (odontóloga, Buenos Aires).

El hecho de ser demandantes, agresivos/as y exigir respuestas inmediatas también fueron particularidades que algunos/as profesionales describieron como propias de esta población. Son atributos que refieren a una expectativa de resolución rápida, aunque son situaciones que con frecuencia son complejas y cuya respuesta difícilmente sea inmediata porque son procesos que requieren de tiempo y de trabajo interdisciplinario.

“Los usuarios de drogas son más demandantes y a veces con formas no muy educadas. Los demás son tranquilos” (médico nefrólogo, Buenos Aires).

“Porque muchos son negadores, son agresivos, eso forma parte de su adicción. Además de los problemas socioeconómicos del resto” (médico otorrinolaringólogo, Buenos Aires).

En un caso, la representación de los/as **usuarios/as** de drogas como una población inconstante en los procesos de atención interpela las propias prácticas de una trabajadora social que se interroga reflexivamente cómo adecuar su intervención ante estas particularidades: *“los que tienen consumos problemáticos, cuando vienen hay que aprovechar porque no es tan fácil que vuelvan”* (trabajadora social, Buenos Aires).

En el mismo sentido, se perciben a las personas que usan drogas como una población con mayor necesidad de escucha y contención, aunque también señalan que *“no siempre se encuentra presente en los profesionales del hospital”*.

Con respecto a la accesibilidad organizacional, las derivaciones a Salud Mental y el rechazo a atender a personas que usan drogas en nombre de la necesidad de una atención especializada, fue interpretado por algunos/as profesionales como un modo de *“no hacerse cargo”* que obstaculizaba el acceso de esta población.

“El paciente primero pasa por la Guardia general y por más que tenga algún problema que nada tiene que ver con su consumo, lo mandan a Salud Mental y es un paciente como cualquiera para que lo mandan si hay que resolver cuestiones médicas primero. De todas maneras, en este servicio se atiende el paciente agudo (abstinencia, excitación psicomotriz, sobredosis, brote psicótico). Y luego se los deriva al Centro de referencia en consumos problemáticos que es un dispositivo de salud mental que no depende del hospital y que se encarga del tratamiento de usuarios de drogas, o su centro de salud local o cercano” (psicóloga, Chaco).

“En el hospital no está definido quién los tiene que atender, nadie se hace cargo de este paciente, solo se atiende en la urgencia” (trabajadora social, Chaco).

Como con otras problemáticas, la Guardia es identificada como un lugar clave en el circuito de atención en tanto puerta de acceso a los servicios de salud. Se menciona la relación de ciertos usos de sustancias con situaciones de violencia o delitos como robos, que llegan por derivaciones de agencias del sistema penal.

Estas situaciones se describen como un agravante del maltrato por parte de los equipos de salud, lo que incrementaría la vulnerabilidad de esta población.

“Traumatología y Cirugía están llenos de usuarios de drogas por situaciones vinculadas a delitos, gente acuchillada, baleada. Nos llega mucho por oficios judiciales. Se los expulsa mucho, se los maltrata mucho. El servicio de Salud Mental expulsa mucho. (...) El destino de un paciente está ligado a quien lo recibe en la Guardia. Los usuarios de drogas entran y salen todo el tiempo. Es una puerta giratoria. Para nosotros estos pacientes están asociados a los trastornos de personalidad, patologías psiquiátricas. Capaz tienen 6 o 7 internaciones por año. Se los deriva a una comunidad [terapia] pero se escapan” (psicóloga, Guardia de Salud Mental, Buenos Aires).

“Las personas con uso de drogas cuando vienen por Guardia descompensadas, se las atiende mal, no se realiza seguimiento” (infectóloga, Chaco).

“Creo que la mayoría de las personas que entran por Guardia tienen problemas de adicciones” (neurocirujano, Buenos Aires).

Los/as **profesionales** distinguen tipos de consumos señalando que hay situaciones diversas especialmente a partir de los tipos de sustancias distinguiendo por ejemplo, el uso de alcohol, cannabis, cocaína.

“Sí, no por los recursos sino por sus problemas. Son los que más dificultades tienen. Depende del tipo de drogas, ellos dicen que todos usan drogas, pero no es todo lo mismo” (trabajadora social, Buenos Aires).

“A estos pacientes se los rotula con demasiada liviandad y no es lo mismo consumir marihuana que cocaína. Es útil registrar el consumo para observar factores de riesgo, posibles relaciones promiscuas, posibles vías de transmisión de enfermedades. Pero esta evaluación depende del tipo de drogas” (médica clínica, Chaco).

“Llegan y se atienden principalmente en Guardia. Son personas abandonadas, jóvenes, hay necesidad de regenerar nuevos vínculos, sacarlos de la situación de calle. El alcoholismo trae muchas dificultades de salud, por eso se trabaja mucho en la presencia de la familia” (trabajadora social, Jujuy).

En los materiales empíricos relevados con los/as usuarios/as, se hace al mismo tiempo mención a otras temáticas como la distinción del consumo de cannabis como una práctica un poco más aceptada. Relatos como el que sigue muestran la tensión entre diferentes sentidos y normas acerca de la regulación de las sustancias.

“Yo, yo, admito que fumo. Pero no siempre, no soy adicta a fumar pero me gusta. De vez en cuando lo fumo. Y yo le dije a la doctora: ‘Yo fumo marihuana’. La doctora me dijo: ‘Eso sabés que está mal’. Pero estábamos viendo que ahora se está por aprobar el aceite de cannabis. ‘Así que, ¿vos sos adicta?’ ‘No - le digo - yo fumo de vez en cuando, cuando se presenta una oportunidad. Pero sí me gusta’. (...) Sí veo que me ayuda como para tener un poquito de defensas, y alimentarme un poquito más. Yo lo veo de esa parte. Pues yo ya soy grande, y no lo veo como una forma para ser violenta, o drogarme o hacer cosas dañinas” (mujer trans, 25 años, con VIH, entrevista, Jujuy).

La frase “está mal”, remite a la distinta definición del “ser adicta” de la usuaria y de la médica, además de denotar los sentidos atribuidos al consumo de cannabis para una y otra, lo que permite identificar la diversidad de posiciones y también devela las transformaciones sociales en curso en relación con la construcción simbólica y las pautas de consumo.

Finalmente, los/as **usuarios/as** también mencionan la preocupación por las interacciones farmacológicas entre tratamiento antirretroviral y sustancias psicoactivas, tanto a raíz de los consumos problemáticos como de la fármaco-medicalización de algunos/as profesionales.

“Nosotros [RAJAP]²⁷ tratamos de hacer el acompañamiento desde no mezclar. La medicación, por ejemplo, los retrovirales con sustancias nocivas” (...) “Hay un médico que logró quitarle todas las drogas, pero en su defecto le dio clonazepam, diclofenac que tiene que tomar a cada rato y pastillas más fuertes. Y entonces él decía que esas mismas pastillas mediante los retrovirales lo tumbaban peor que las drogas que tomaba antes” (mujer con VIH, 25 años, en entrevista, Jujuy).

Esta última cuestión ha sido un histórico tema de debate entre quienes atienden personas que usan drogas con VIH. Una dificultad de los profesionales de salud para incentivar el acceso de los usuarios de drogas al tratamiento antirretroviral es la difundida idea de que para darles esa medicación debieran antes dejar de usar drogas ilegales o alcohol. Esta controvertida argumentación ha impactado negativamente la permanencia en la atención del VIH cuando las personas que consultan continúan usando sustancias psicoactivas. Sin embargo, la evidencia científica indica que cuando se prescribe TAR a usuarios de drogas con VIH, sus condiciones de salud mejoran si se ofrece una atención integral (Rossi, 2012, p. 18)

27 - Red Argentina De Jóvenes y Adolescentes Positivos. Para ampliar, <https://rajap.org/>

3.5 Otras poblaciones clave

El bajo porcentaje de profesionales que mencionaron dificultades de acceso en hombres gay y otros HSH (hombres que tienen sexo con hombres), así como en trabajadores/as sexuales, puede estar vinculado con la escasa visibilidad de estas poblaciones. Varios profesionales dijeron que desconocían cuántos de sus pacientes pertenecían a estas poblaciones ya que en las consultas “no se indagaba” sobre ello.

3.5.1 HSH (hombres que tienen sexo con hombres)

Prejuicios y discriminación como barrera simbólica	
Usuarios/as	Profesionales
<ul style="list-style-type: none"> • Maltrato y chistes de los profesionales y de otros/as usuarios/as. <i>“En muchos casos han sufrido actos de discriminación, violencia y burlas”</i> (HSH, con VIH, 51 años, en entrevista, Jujuy). • Prejuicios de los/as profesionales. <i>“Hubo los casos de que discriminen para donar sangre”</i> (trans, 30 años, en GD B, Chaco). • Las escalas de las ciudades y la relación entre visibilización - prejuicio. <i>“Lo que pasa que X es una ciudad muy tabú. (...) Porque digas que sos homosexual, allá es como que ¡Uh! ¡dios mío!”</i> (HSH, con VIH, 52 años, en GD A, Buenos Aires). 	<ul style="list-style-type: none"> • Chistes y comentarios entre profesionales. <i>“No hay inconvenientes en el acceso, pero sí, circula el rumor (“a la madrugada viene a visitarlos gente con aspecto raro”), no se respeta la privacidad, están atentos a las visitas”</i> (médica clínica, Chaco).

Desde la mirada de los/as **usuarios/as**, se dan situaciones discriminatorias para con esta población dentro del hospital tales como maltrato, chistes de los profesionales y prácticas diferenciales que expresan la existencia de prejuicios. El impedir donar sangre o la realización de preguntas incisivas sobre la vida sexual de los usuarios son leídas en esta clave.

“Quieren saber a toda costa con quién estás o con quien te encamás, con quien dormís, si tenés pareja. (...) Tienen bajado ya ese pensamiento de que todo gay es promiscuo” (HSH, con VIH, 51 años, en entrevista, Jujuy).

“En el hospital de un pueblo acá hubo los casos de que discriminen para donar sangre si es gay” (...) *“Son los médicos o su formación*

hegemónica la que hace que todas estas cosas sucedan. Yo creo que así tiene que bajar que el trato humanizado, que lo trabajen ellos, tienen que cambiar la forma de tratar, como personas. Ellos son los que tienen que empezar a mirar diferente” (trans, 30 años, en GD B, Chaco).

“La atención del enfermero que nunca tuvo buen trato con la gente del ambiente. Siempre fue asqueroso, digamos. Maleducado. Inclusive, la última vez que me derivaron al cardiólogo, no me atendió y tuve que hacer el reclamo ante la doctora y por más que después pudimos solucionarlo, me atendió el cardiólogo y no el enfermero” (HSH, con VIH, 51 años, en entrevista, Jujuy).

“Y sí sabemos que en muchos casos han sufrido actos de discriminación, violencia y burlas. (...) Sí, pasa. Todavía hay gente que está muy cerrada. La peor es la iglesia. La gente que está muy arraigada a la iglesia son los peores digamos” (HSH, con VIH, 51 años, en entrevista).

En el mismo sentido dos **profesionales** mencionaron situaciones de discriminación a través de burlas y comentarios realizados entre los/as mismos/as profesionales.

“Tenemos muchos compañeros que discriminan muchísimo. En traumatología y en cirugía esto es moneda corriente ´che, andá a ver al fulano de la habitación tal´, ´Este o aquel es un shome´. Ese término es terrible y lo usan todo el tiempo. Es un término francés que alude a “ordinario”, “de mala calidad”, “grasa”, “con ese que querés, ya no hay nada para hacer”. (...) Por ejemplo, un día yo entro a la sala de médicos y veo varios profesionales alrededor de la pantalla de luz, en la que se leen las radiografías. Cuando me acerco, era de un paciente que se había insertado un desodorante Axe. Estaban todos los médicos alrededor, cagándose de risa, sacando fotos. Fue grave, al tipo le tuvieron que hacer una intervención quirúrgica. No sabes lo difícil que fue hablar con ellos y hacerles entender que era importante no hablar con la familia, no contarles. Pobre tipo, encima de todo lo que le estaba pasando” (psicóloga, Buenos Aires).

En torno a los prejuicios y la discriminación, los/as usuarios/as también mencionaron diferencias vinculadas con las escalas de las ciudades, percibiendo a las más pequeñas como lugares de mayor exposición y visibilización, en las que se registran más prejuicios.

“La provincia de X [provincia del NEA] es una provincia muy jodida. Hay mucho tabú, está el qué dirán, o sea, está bien, nosotros acá en Buenos Aires estamos más liberados, el que tiene una pareja homosexual o gay, lo hablás tranquilamente con la profesional. Todo perfecto. Pero allá es muy tabú, es muy tabú. Al estar adentro del

closet, como quien dice, es donde se produce todo este tema. No hay información, no hay cuidado de nada, y ahí es donde se van infectando unos a otros (...) lo que pasa que X es una ciudad muy tabú. Si vos decís que tenés HIV, la misma gente, el mismo pueblo, la misma colonia donde vos vivís te mató en vida. Tal cual. Porque digas que sos homosexual, allá es como que ¡Uh! ¡dios mío!” (HSH, con VIH, 52 años, en GD A, Bs. As.).

3.5.2 Trabajadores/as sexuales

Prejuicios y discriminación como barrera simbólica	
Usuarios/as	Profesionales
<ul style="list-style-type: none"> • Prácticas discriminatorias por parte de profesionales. Por ejemplo, la restricción de determinado recurso. • Comentarios y prácticas discriminatorios del resto de la sociedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Chistes y comentarios entre profesionales. <i>“De todas formas, se escuchan comentarios inapropiados como “por loquear, porque le gusta la plata fácil, por abrir las piernas...está enferma” (médica clínica, Chaco).</i>

En referencia a las barreras de acceso de trabajadores/as sexuales, también fue mencionada tanto por **usuarios/as** como **profesionales**, la existencia de discursos y prácticas discriminatorios tales como burlas dentro y fuera del hospital.

“Obvio, también siempre, siempre [ríe] Hablando en contra, tanto de mujeres, hombres. Todas las familias de esas personas, es como que estarían, son mal vistas. No quieren juntarse con personas así” (trans, con VIH, 50 años, en entrevista, Jujuy).

Como muestra el siguiente testimonio, prácticas como la restricción de la cantidad de preservativos entregados, es interpretada como una práctica arbitraria, prejuiciosa y que malgasta los recursos existentes por no entregarlos oportunamente.

“Respecto a los trabajadores sexuales, (...) ellos mismos tienen que asistir al programa a retirar preservativos porque desde sus hospitales lo único que hacen es entregarles dos o tres. Entonces, cuando se dirigen al programa, y hablan directamente con los secretarios del programa, o con el doctor, les piden y recién ahí se les da una caja o dos cajas (...) Es prejuicio. Sabrán decir “si es trabajador sexual, que compre sus preservativos”. Ellos mismos a veces tiran cajas y cajas de preservativos que se les vencen” (mujer con VIH, 25 años, en entrevista, Jujuy).

Accesibilidad organizacional	
Usuarios/as	Profesionales
<ul style="list-style-type: none"> El consultorio amigable como facilitador. <i>"(...) están en situación de prostitución y muchas veces vienen amanecidas no cierto, a sacar turnos o laboratorios (...) Así que lo que hace este consultorio, es sacarle un turno"</i> (trans, 32 años, en GD A, Chaco). 	<ul style="list-style-type: none"> Horario de atención como barrera. <i>"No creo que tengan mayores dificultades, salvo por los horarios del hospital que no funciona a la noche"</i> (psicóloga, Buenos Aires). Espacios colectivos y grupos de acompañamiento entre pares como facilitador.

Del mismo modo que con las personas trans, las barreras de tipo organizacional adquieren mayor relevancia. La existencia de “consultorios amigables” o de servicios que funcionen en horarios vespertinos fue mencionada como facilitador de acceso para esta población. En concordancia con ello, el horario predominante de atención por la mañana en los hospitales, fue interpretado como barrera.

“Y hay que entender que la mayoría de las compañeras están en situación de prostitución y muchas veces vienen amanecidas no cierto, a sacar turnos o laboratorios (...) Así que lo que hace este consultorio, es sacarle un turno, nos manejamos con estadística para conseguir los turnos para los médicos” (trans, 32 años, en GD A, Chaco).

“Trabajadoras sexuales tienen más dificultades, pero, por ejemplo, el taller las ayuda. Después de venir un tiempo empiezan a modificar algunas de sus prácticas. Por ejemplo, empiezan a elegir clientes que no consumen, no trabajan los lunes para poder despertarse temprano los martes y venir al taller, cambian sus propios patrones de consumo” (trabajadora social, Buenos Aires).

4

Dinámicas,
prácticas y otros
aspectos
organizacionales
del hospital

Hasta aquí, hemos analizado las percepciones y representaciones que tanto usuarios/as como profesionales del hospital tienen respecto de la accesibilidad hospitalaria de personas con VIH y otras poblaciones clave. Nos hemos concentrado especialmente en las barreras simbólicas y organizacionales y en algunos aspectos macro estructurales que, según los/as participantes del estudio, también condicionan el acceso.

Ahora bien, en los párrafos que siguen, incluiremos la perspectiva de los/as profesionales en relación a dinámicas más generales que existen en el hospital, a los diferentes recursos con los que cuentan (o no) y a prácticas instaladas que muchas veces operan como barreras y/o facilitadores del acceso. Específicamente, analizaremos las percepciones de los/as profesionales acerca de las redes sociales con las que cuentan las personas que atienden, la presencia de prácticas discriminatorias, la existencia de tecnologías diversas dentro del hospital y lo que registran en las historias clínicas.

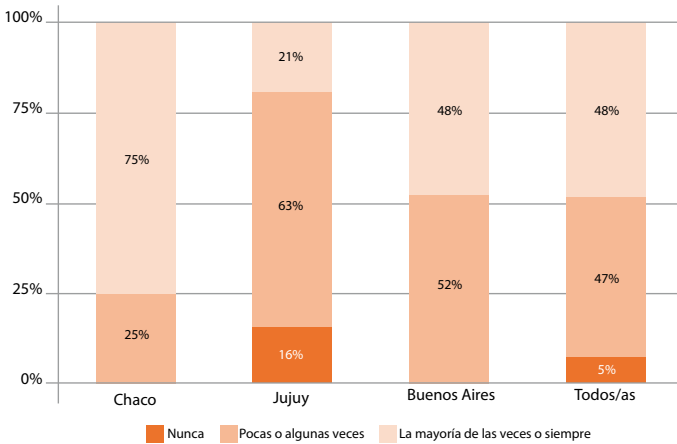
4.1 Redes de las poblaciones clave según la perspectiva de los/as profesionales

La presencia de redes de apoyo divide aguas al considerar la distribución poblacional de los problemas de salud/ enfermedad/ atención. Retomando a Carlos Sluzki, Dabas y Perrone (1999) plantean que

“Una red personal estable, sensible, activa y confiable protege a las personas de las enfermedades, actúa como agente de ayuda y derivación, afecta la pertinencia y la rapidez de la utilización de los servicios de salud, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevida, es decir, es salutogénica. Podemos afirmar que existe una correlación directa entre calidad de la red social y calidad de la salud” (Dabas y Perrone, 1999, p. 10)

En este sentido, bajo el supuesto de que el acceso y la permanencia en los servicios de salud son facilitados cuando las personas cuentan con otros/as que los/as acompañan y funcionan como soporte, indagamos sobre la percepción que tienen los/as profesionales al respecto.

El 55,7% (34) de los/as profesionales dijo que registraba en la historia clínica el grupo de convivencia de los/as pacientes a los/as que atiende.

Gráfico 7: ¿Las poblaciones clave que usted atiende vienen acompañadas por alguien?**Los/as acompañantes más cercanos/as en las consultas**

29 de los/as 61 profesionales entrevistados/as dijeron que las poblaciones clave que atendían concurrían acompañadas a las consultas la mayoría de las veces o siempre, casi la misma cantidad de profesionales (28) dijo que dichas poblaciones se acercan acompañadas pocas o algunas veces y solo tres profesionales dijeron que llegan sin acompañamiento. De las primeras 29 personas, 15 eran de Chaco, 10 de Buenos Aires y solo 4 de Jujuy. Mientras que en Chaco y en Buenos Aires ningún/a profesional dijo que sus pacientes nunca iban acompañados/as, en Jujuy 3 refirieron esta situación.

Tabla 4: Redes de las poblaciones clave según la perspectiva de los/as profesionales

¿Por quiénes vienen acompañados/as? Respuestas múltiples	Cantidad de Respuestas (n=83)	Porcentaje Casos (n=56)
Familiares	48	85,7%
Pareja	14	25%
Amigos/as	11	19,6%
Vecinos/as	3	5,4%
Policía	3	5,4%
Otros pacientes	3	5,4%
Referentes de comunidades indígenas	1	1,8%

El 59% (36) dijo que ese tipo de acompañamiento facilitaba el acceso a la atención y el 29,5% (18) que dependía de cada caso según las características de los/as acompañantes; solo una persona dijo que lo dificultaba.

Según los/as profesionales, los principales motivos por los que el acompañamiento facilita el acceso y la atención tienen que ver con a) mejorar la comunicación entre profesionales y usuarios/as; b) contener a los/as pacientes y c) ayudar en las tareas de cuidados.

En el primer caso, los/as entrevistados mencionaron que los/as acompañantes muchas veces funcionan como mediadores/as o intérpretes cuando, por ejemplo, los/as pacientes hablan lenguas diferentes al español o cuando no están dadas las condiciones físicas o emocionales que les permitan dialogar, comprender indicaciones o proveer determinada información solicitada por el/la profesional.

“En el caso de los pueblos originarios favorece, ya que los familiares que acompañan generalmente manejan el idioma, también ayudan en los trámites” (trabajadora social, Buenos Aires).

“Hay veces que el paciente no se puede comunicar y los familiares facilitan algunos datos” (médico traumatólogo, Chaco).

“En este servicio se le pide que lo acompañe un familiar. En nuestro caso se debe comunicar estrategias para el tratamiento y muchas veces no se lo puede dar directamente al paciente” (médico psiquiatra, Chaco).

“Facilita para explicar las indicaciones médicas a las personas de mucha edad. Es por cuestiones socioculturales de personas mayores de comunidades indígenas” (médico endocrinólogo, Jujuy).

Otro de los motivos por los que, según los/as profesionales, el acompañamiento facilita la atención está vinculado a los cuidados del/a paciente y a una dimensión más operativa, es decir, el desarrollo de tareas concretas dentro del hospital tales como sacar turnos, retirar estudios y medicamentos o trasladar muestras de un servicio a otro.

“Facilita: porque ayudan con los trámites, estudios, anestesia” (médico neumonólogo, Chaco).

“Cuando los pacientes por alguna cuestión no pueden esperar o no pueden hacer cola para sacar turnos, los familiares los ayudan” (psicóloga, Chaco).

“El acompañamiento, sobre todo familiares, se observa cuando el paciente está internado en terapia o sala común. Esto facilita el acceso y atención en lo relacionado al cuidado general que deben

tener los pacientes y a los ejercicios de estimulación que deben realizar. En mi experiencia, los pacientes con VIH en estadio muy avanzado de sida tienen muchas dificultades motrices graves” (kinesiólogo, Jujuy).

“No solo facilita, sino que es indispensable. El paciente necesita asistencia, que lo higienicen, que controlen si se corre la vía, que le avisen al profesional los cambios, etc. Es necesario ese acompañamiento para una mejor evolución” (neurocirujano, Buenos Aires).

Por último, la contención y el apoyo emocional, especialmente en el momento del diagnóstico, es otro de los argumentos que los/as profesionales dieron para fundamentar la premisa de que el acompañamiento facilita el acceso y la atención.

“Facilita en el diagnóstico, ayuda al paciente a no sentirse solo. Cuando se informa el diagnóstico, puede pasar que el paciente se asuste, entonces en ese caso que esté acompañado facilita por la contención” (trabajadora social, Chaco).

“Brindan apoyo y sostén tanto en la instancia de internación como para continuar tratamiento” (nutricionista, Jujuy).

“Para contenerla, el apoyo de alguien, ayuda al tratamiento. Y, por otro lado, a nosotros también nos ayuda, nos tranquiliza, es un modo de armar equipo, tener en quien apoyarte” (psicóloga, Buenos Aires).

En este punto, vale agregar que quienes dijeron que el acompañamiento facilitaba o dificultaba según el caso, pusieron el foco en las características de los/as acompañantes vinculadas a la capacidad de contención emocional. En contraposición, familiares percibidos/as como *“agresivos”, “demandantes”, “ansiosos”* o *“intensos”* son ubicados/as por algunos/as profesionales como generadores de conflictos que terminan dificultando el acceso, especialmente cuando acompañan a adolescentes.

“Depende de cómo sea el acompañante. Si es contenedor, ayuda” (médico cardiólogo, Buenos Aires).

“Depende del familiar. Hay gente re contenedora que facilita la relación médico-paciente” (médico neurocirujano, Buenos Aires).

“A veces el acompañante es agresivo, crea conflicto” (médico clínico, Buenos Aires).

Ahora bien, las redes exceden las relaciones familiares o personales. Rovere (1999) señala la limitación del concepto de grupo y plantea que las redes en salud, es decir, las redes que se configuran *“para dar mejor respuesta a los problemas de la gente”* son más amplias. En tanto concepto vincular, involucra a todos/as los/as referentes que tiene cada persona de su mundo o entorno.

Menéndez (2015) propone un esquema en el que se diferencian tres niveles de unidades o actores sociales en los cuales se desarrolla la participación social en los procesos de salud/enfermedad/atención: los “microgrupos” que incluyen los grupos domésticos, de amigos/as y de trabajo en los que se desarrollan las prácticas de autoatención²⁸; los “micro y mesogrupos” que se constituyen intencionalmente en torno a objetivos específicos, por ejemplo, grupos laborales organizados formalmente, grupos de autoayuda o grupos para gestionar determinada demanda y, por último, los “macrogrupos” que también se constituyen con objetivos específicos pero en el marco de relaciones que exceden a los vínculos primarios, por ejemplo, los movimientos sociales.

Si bien es en los microgrupos donde se desarrollan la mayor parte de las prácticas de la vida cotidiana para prevenir y reducir el impacto negativo de las enfermedades sobre las personas, las actividades que se organizan en los otros dos niveles también inciden en los procesos de salud/enfermedad/atención. Para indagar sobre este punto, se preguntó a los/as profesionales sobre la participación de las personas que atienden en espacios colectivos u organizaciones y, por otro lado, también se preguntó a los/as usuarios/as sobre su propia participación en actividades solidarias dentro del hospital o en organizaciones sociales.

En lo que refiere a la mirada de los/as profesionales, el 51% (31) dijo que nunca o pocas veces sus pacientes participaban en organizaciones sociales u otros espacios colectivos, mientras que el 44% (27) no respondió o dijo que desconocía si lo hacían o no.

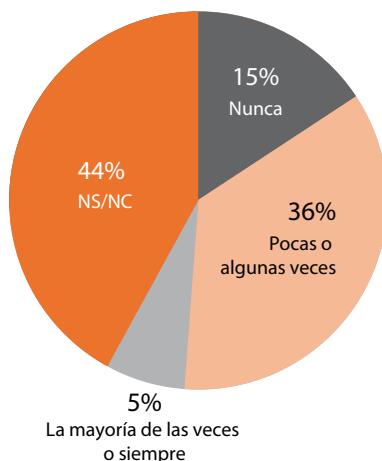
Entre quienes respondieron que sus pacientes participaban en organizaciones, cerca de la mitad (10) se refirió a organizaciones vinculadas con la diversidad de género como DiverGe o Identidades Diversas de Chaco o Damas de Hierro de Jujuy. Luego, en menor medida fueron mencionadas: organizaciones vinculadas con los derechos de las personas con VIH como Ayni²⁹ en Jujuy o grupos

28 - Por autoatención Menéndez (2015) se refiere a “las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos puedan ser la referencia de la actividad de autoatención” (p. 52).

29 - Grupo de contención y ayuda mutua a las personas que viven con VIH- sida de la provincia de Jujuy. Para ampliar, <http://www.msaludjujuy.gov.ar/infectologia/paginaayni.htm>

de acompañamiento entre pares en Buenos Aires (5); espacios relacionados a colectivos indígenas como S.A.S.O.I. y organizaciones relacionadas a los Qom de Chaco (4); otras que agrupan a trabajadores/as sexuales como AMMAR,³⁰ que es nacional pero fue referenciada en Chaco (2) y finalmente, organizaciones políticas (2).

Gráfico 8: Las poblaciones clave que usted atiende, ¿participan en organizaciones de la sociedad civil?? (n=61)



De las 23 personas que respondieron la pregunta, 10 dijeron que la participación en espacios colectivos facilitaba el acceso y la atención en el hospital; 2 dijeron que lo dificultaba y 2 dijeron que dependía del tipo de espacio en el que participaba nombrando qué instituciones facilitan y qué instituciones dificultan el acceso.

De los/as 10 entrevistados/as que dijeron que la participación en espacios colectivos facilita el acceso, 3 eran médicos infectólogos y el resto profesionales de otras disciplinas. Dijeron que la participación facilitaba el acceso principalmente por la contención emocional y el acompañamiento y seguimiento de los tratamientos, así como a la promoción de derechos y empoderamiento de los/as usuarios/as.

“Mejoran anímicamente los pacientes y que esto en relación a la adherencia al tratamiento es notorio” (psicóloga, Buenos Aires).

“En general no sé si participan o no, pero los que dan una mano son

30 - Asociación Mujeres Meretrices de la Argentina en Acción por Nuestros Derechos. Para ampliar, <http://www.ammar.org.ar/>

los del grupo de pares que funciona acá en el hospital, que se creó en infecto. Ellos vienen a buscar a los pacientes, los acompañan, hacen un seguimiento si la persona falta a consulta” (odontóloga, Buenos Aires).

“Facilita porque mejora la accesibilidad, disminuye el temor y pelean por los derechos humanos” (infectólogo, Chaco).

En los pocos casos en que expresaron que la participación en organizaciones sociales dificultaba el acceso, mencionaron que *“los pacientes terminan priorizando los tiempos de las actividades de las organizaciones”, “cualquier cosa se sienten ofendidos”, “estas organizaciones creen que te pueden obligar a hacer lo que ellos quieren por encima del criterio clínico”, “me siento presionada porque te preguntan todo”.*

Como vimos en el capítulo anterior, los grupos de apoyo son percibidos como facilitador del acceso para grupos clave como las personas con VIH o trans. En este sentido, el 37, 8% (17) de los/as usuarios/as que participaron en el estudio dijo que militaba activamente en organizaciones de la sociedad civil y el 68,9% (31) que realizaba tareas solidarias dentro del hospital, muchas de ellas organizadas desde grupos de pares.³¹ Según Menéndez (2015), los grupos que *“tienen mayor eficacia y continuidad en el tiempo, los que requieren un mínimo de organización para funcionar son los conformados en torno a padecimientos u otros problemas específicos por los propios sujetos que padecen dichos problemas o por sus familiares”* (p. 231).

4.2 Percepción de los/as profesionales sobre los recursos con los que cuenta el hospital

Según Merhy (2002), en el trabajo en salud existen tres tipos de tecnologías: 1) los instrumentos o *“tecnologías duras”*, 2) el saber técnico estructurado que configura las *“tecnologías leve-duras”* y 3) las relaciones entre las personas, es decir, *“tecnologías blandas”*. Los/as profesionales de la salud se sirven de los tres tipos para producir cuidados, combinándolas de diferentes modos según el *“modelo tecno-asistencial”* al que se adhiera. Puede predominar

31 - Vale la pena mencionar que estos altos niveles de participación están vinculados con el modo en el que fueron reclutados/as los/as usuarios/as que participaron en el estudio: a la mayoría de ellos/as llegamos por medio de organizaciones sociales o grupos de acompañamiento entre pares.

una lógica instrumental concentrada en los procedimientos o pueden intervenir procesos relacionales más centrados en tecnologías leves y leve-duras para un trabajo con mayores grados de libertad.

Desde esta perspectiva, las respuestas de los/as profesionales respecto a los recursos con los que cuenta el hospital dan cuenta de la mayor importancia otorgada a las tecnologías duras. Mientras que la gran mayoría dijo que el hospital contaba con medicación antirretroviral y entregaba preservativos (95% y 88%, respectivamente), fue mucho mayor el porcentaje de desconocimiento o de respuestas negativas ante las preguntas por material informativo, espacios de consejería y grupos de autoayuda.

Tabla 5: Percepción de los/las profesionales sobre tecnologías duras

Tecnologías duras	Sí	No	NS/NC
Medicamentos	58	0	3
Entrega de preservativos	54	3	4

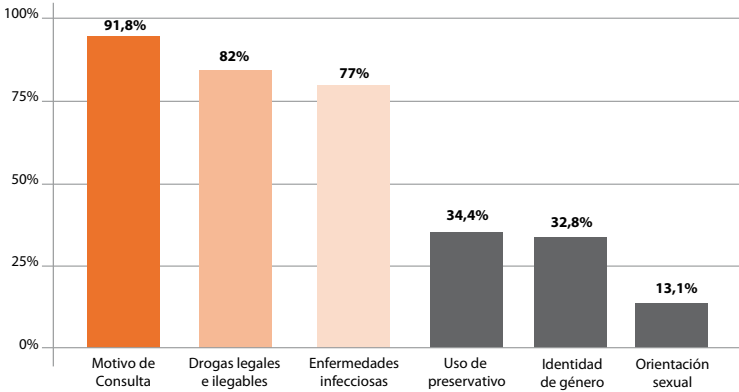
Tabla 6: Percepción de los/las profesionales sobre tecnologías blandas

Tecnologías duras	Sí	No	NS/NC
Entrega de material informativo	39	8	14
Espacio de consejería	33	13	15
Grupos de autoayuda	21	20	20

Aun reconociendo la materialidad del virus, su transmisión y los efectos físicos que produce, así como la importancia de los tratamientos antirretrovirales para mejorar las condiciones de vida de las personas con VIH, o la necesidad de promover el uso de preservativo como uno de los métodos más eficaces para evitar la transmisión, del análisis de los anteriores gráficos se desprende la necesidad de fortalecer y promover entre los/as profesionales la importancia de las tecnologías leves y leve-duras a fin de favorecer la deconstrucción de los efectos negativos de las barreras de acceso simbólicas.

4.3 Registro de información en las historias clínicas

Gráfico 9: Registro en las historias clínicas(n=60)



A los/as profesionales entrevistados se les preguntó por el tipo de registro que realizaban en las historias clínicas. Entre las variables sociodemográficas, fue posible observar que el lugar de residencia (90,2% - 55) o tipo de trabajo (78,7% - 48) son más registradas que la educación (59% - 36) o el grupo de convivencia (55,7% - 34).

Respecto de los datos más directamente vinculados con el cuadro o los antecedentes clínicos de los/as usuarios/as, la gran mayoría de los/as profesionales entrevistados/as dijo completar el motivo de consulta (91,8% - 56) y el uso de drogas legales y/o ilegales (82% - 50). En menor medida, también el registro de enfermedades infecciosas tales como las hepatitis B y C, VIH o tuberculosis (77% - 47). El uso de preservativos y la identidad de género de las personas atendidas, es registrado por el 34,4% (21) y 32,8% (20), respectivamente. Y solo, 8 trabajadores/as dijeron registrar la orientación sexual de las personas que atendían.

El 90,2% (55) dijo que no le incomodaba indagar sobre ninguno de los ítems mencionados.

5

Propuestas para mejorar la accesibilidad a la atención hospitalaria

En el presente apartado, se desarrollan y analizan las respuestas que dieron usuarios/as y profesionales de la salud sobre los cambios que podrían implementarse para mejorar la accesibilidad de las poblaciones clave.

A continuación, presentaremos la información organizada según la dimensión de la accesibilidad a la que haga referencia la propuesta enunciada. Sin embargo, se trata de una estrategia analítica ya que las propuestas, al igual que la percepción sobre los diferentes tipos de barreras, dialogan y se articulan entre sí.

Accesibilidad simbólica	
Usuarios/as	Profesionales
<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar a los/as profesionales para que traten de forma más humanizada y fortalezcan las redes con las organizaciones sociales, otorgándoles un rol activo en las capacitaciones y valorizando sus saberes. <i>“Los cambios que podría recomendar sería que empiecen a trabajar más con asociaciones civiles (...) porque son temas muy delicados y de una comunidad que, (...) no decide abrirse y hablar con un centro del cual reciben estigma, desprecio y declives a la hora del diálogo”</i> (mujer con VIH, 25 años, en entrevista, Jujuy). Informar a los/as usuarios/as para la prevención y promoción de la salud. <i>“Informarle a la gente, estar ahí, e informarle”</i> (mujer migrante, con VIH, 59 años, en GD A, Buenos Aires). 	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar y capacitar a los/as profesionales. <i>“Charlas informativas al personal. Capacitaciones para la mejor atención, para la atención a todos por igual”</i> (enfermera, Buenos Aires) Informar a los/as usuarios/as para la prevención y promoción de la salud. <i>“Apuntaría a mayor información para la población. Mayor captación de pacientes”</i> (médico traumatólogo, Jujuy).

Tanto profesionales como usuarios/as resaltan la necesidad de capacitaciones e instancias que promuevan la sensibilización de profesionales y otros/as trabajadores/as del hospital como estrategia para deconstruir las barreras de acceso simbólicas con las que se encuentran las poblaciones clave, especialmente en lo que refiere a discursos y prácticas discriminatorias. Fue la propuesta más mencionada. El reconocimiento de los derechos, así como la comprensión de las características y dificultades particulares de cada población clave fue mencionado tanto por los/as profesionales entrevistados/as como por los/as usuarios/as que participaron en grupos de discusión y entrevistas.

“Capacitaciones para dar mayor información acerca del cuidado que requieren estas personas y modificar información errónea. También para que se logre un cierto respeto por la intimidad, esto en realidad para todo tipo de paciente” (médica clínica, Chaco).

“Formación básica. El médico que destrata a un paciente con VIH lo hace por falta de capacitación y educación básica. Falta de información teórico-legal. Desconocimiento de los marcos normativos que garantizan derecho. Ejemplo: ley de migraciones, ley de salud, ley de educación sexual integral” (médico urólogo, Buenos Aires).

“Concientizar a los profesionales sobre el derecho a la salud, más allá de las elecciones de vida o las circunstancias económicas del paciente. Se ha avanzado mucho en cuanto a Atención Primaria de la Salud, que mejoró el acceso, pero aún hay cuestiones de maltrato que hace que las personas no se acerquen” (psicóloga, Buenos Aires).

Por otro lado, vale destacar que algunos testimonios hicieron una mención especial de Enfermería como un servicio en el cual es necesario reforzar la formación e incorporar profesionales “capacitados/as”.

“Incorporar profesionales capacitados ya que los que ahora están no funcionan, por ejemplo, en Enfermería, no tienen experiencia en partos. Enfermería no funciona en urgencias” (médica obstetra, Chaco).

“Sería necesario brindar capacitación permanente al equipo de Enfermería en general. Es necesario hacer difusión en prevención del VIH de forma permanente” (enfermera, Jujuy).

“Tal vez, pondría más personal capacitado en enfermería con ganas de hacer su trabajo. En Enfermería se nota mucho. Es el punto débil. Hay mucha diferencia entre los diferentes profesionales” (nutricionista, Buenos Aires).

A diferencia de los/as **profesionales**, los/as **usuarios/as** destacaron la necesidad del trabajo en red y en articulación con las organizaciones sociales, valorizando sus voces y saberes. Se propuso, por ejemplo, que sean las organizaciones quienes capaciten a los/as trabajadores/as de la salud y que tengan un rol activo en el proceso de sensibilización sobre las necesidades de los diferentes grupos. En contraposición, ninguno/a de los **61 profesionales** entrevistados/as hizo referencia a las organizaciones sociales a la hora de proponer acciones orientadas a mejorar la accesibilidad.

“Más primordialmente, el diálogo sensibilizado y también interiorizar a los mismos profesionales, sean mucamas, enfermeros, camilleros, odontólogos, ginecólogos, infectólogos. Abrir más. Actualizarlos a todos mediante las redes. Porque las redes no nos vamos a

cerrar a hablar de todo lo que las mismas personas necesitan. Los referentes pueden tener charlas con un grupo determinado. Puede ser charlar en un mes con las mucamas, otro mes charlar con los distintos profesionales, las enfermeras y ver que esto se trabaje. En conjunto siempre” (mujer con VIH, 25 años, en entrevista, Jujuy).

“Poder articular en red, trabajar en red, entre todas las organizaciones y poder entre todos ver, de promover políticas públicas inclusivas, de mejor atención, de mejor calidad, que es lo que hace falta digamos” (HSH, con VIH, 51 años, en entrevista, Jujuy).

“Ellos tienen que regularizar desde sus mismos estudios, desde acercarse a redes, desde quizás comprender un poco más y ser más humanizado en la atención porque es algo que se tiene que trabajar mucho y no tanto para decir que es un mal trabajo que hagan ellos sino que ellos también tienen que dar comprensión y entendimiento, (...) tienen que actualizar más al trabajo hecho a los estudios científicos actuales” (mujer con VIH, 25 años, en entrevista, Jujuy).

Por otro lado, **tanto profesionales como usuarios/as**, también recomiendan la implementación de estrategias que mejoren los canales de información con los que cuentan los/as usuarios/as para fortalecer sus prácticas de prevención y promoción de la salud.

“Concientizar también a la gente. A los jóvenes, por ejemplo (...) Son lindas las charlas informativas. Eso también está bueno promoverlas...” (HSH, con VIH, 52 años, en GD A, Buenos Aires).

“Campañas de información, de promoción y prevención respecto a medidas para evitar la transmisión sexual; Educación para elevar los niveles de alarma y que las personas se den cuenta cuando tienen que venir” (médica clínica, Buenos Aires).

Aparece en estos testimonios la necesidad de profundizar estrategias ligadas a la perspectiva de la Atención Primaria de la Salud, que se enfoca en la prevención y promoción de la salud. En concordancia con ello, algunos/as profesionales problematizaron la atención centrada en la urgencia y plantearon la necesidad de fortalecer el primer nivel de atención para descomprimir la demanda en los hospitales generales. Ingresamos así al análisis de las propuestas ligadas a la accesibilidad organizacional.

“No hay APS. El hospital está colapsado. Muchas de las personas no deberían venir acá. La demanda ha acrecentado mucho por la coyuntura política y social actual. Hay mucha demanda, mucha gente dentro del hospital” (enfermera, Buenos Aires)

“Hay que hacer funcionar la red sanitaria, la atención está centralizada en el Perrando, si la atención a este tipo de población se me-

...jorara o existiera en otros centros sanitarios, el hospital funcionaría mejor. Por ejemplo, el test de HIV, las cirugías de cambio de sexo que también exista en otros hospitales". (cirujano plástico, Chaco)

En este sentido, en algunos testimonios se demanda la implementación de estrategias de descentralización para descomprimir la demanda en los grandes hospitales, aunque otros profesionales de Jujuy cuestionan el modo inconsulto en el que las mismas fueron llevadas adelante en esa provincia.

"Estudiaría la situación de cada servicio, recurriría a la experiencia de los jefes de servicios y consensuaría con ellos. En esta reestructuración el ministro no se manejó de esta manera, por eso hay servicios como Infectología que han sido como desmantelados, dejando lo básico con menos profesionales, atendiendo solo pacientes internados y mucha menos población de lo que lo hacían antes" (dermatólogo, Jujuy).

Accesibilidad organizacional

Profesionales

- Problematicar la atención centrada en la urgencia y fortalecer el primer nivel de atención y las estrategias de prevención y promoción de la salud.
"Tener mayor coordinación con la atención primaria, para que vengán acá solo en casos específicos" (trabajadora social, Buenos Aires).
- Re-organizar horarios y turnos: ampliar la oferta y mejorar su gestión.
"Que haya atención más extendida para el hospital en general, que haya más turnos. (...) Modificaría la distribución de los espacios, los aprovecharía más. Por ejemplo, por la tarde todo esto está vacío" (trabajadora social, Buenos Aires).

En lo que refiere a la accesibilidad organizacional, entre las respuestas más recurrentes, encontramos la propuesta de ampliar las franjas de atención y sumar profesionales para aumentar la oferta de turnos. También fue problematizado por los/as profesionales el sistema de gestión de turnos en los diferentes hospitales, demandando transformaciones para que los/as usuarios/as no necesiten acercarse a la madrugada o esperar durante horas para conseguir uno.

"Cambiar el sistema de turnos, por ejemplo, por la noche hay una multitud de personas durmiendo en los pasillos esperando para sacar turno. Eso se puede modificar" (trabajadora social, Buenos Aires)

"Que se tenga más conciencia de los horarios, que no tengan que venir a sacar números a las 3 am y pasar la noche acá; que todos se vayan de la consulta con turnos" (odontóloga, Buenos Aires).

Accesibilidad económica

Profesionales

- Sumar recursos humanos en los hospitales y mejorar las condiciones de trabajo. *“Mejorar las condiciones laborales de los profesionales: salariales, guardapolvo, infraestructura; Incrementar la cantidad de profesionales en el hospital: más médicos, más enfermeras”* (médico neumonólogo, Buenos Aires).
- Proveer de equipamiento, medicación y mejoras en la infraestructura;
- Garantizar recursos para que los/as usuarios/as puedan llegar al hospital y acompañamiento desde trabajo social.

Entre las propuestas mencionadas por los/as **profesionales** para mejorar la accesibilidad económica, es posible identificar aquellas referidas a los diferentes recursos con los que cuenta (o no cuenta) el hospital, por un lado, y a las condiciones y limitaciones materiales de los/as propios usuarios/os, por el otro.

En lo que refiere a propuestas que involucran cambios al interior de las instituciones hospitalarias, se propuso el aumento de la cantidad de profesionales, así como la mejora de sus condiciones de trabajo.

“Gestionar cargos de enfermería porque no cae el cargo fijo, no están en blanco, trabajan sin nombramiento. Ni siquiera son contratos, se llaman “reemplazos” y ni siquiera te los pagan todos. Se cobran a 60 días. La misma situación se replica con los médicos de guardia y de planta. Faltan nombramientos” (médico neurocirujano, Buenos Aires).

“Proveer más recursos. El voluntarismo tiene un límite. Lo económico es la clave. El personal es poco y está poli-ocupado. Por ejemplo, yo no debería tener dos cargos de 36 horas pero si no los tomo, no me alcanza la plata. Todo esto afecta nuestra capacidad de respuesta, nuestro rendimiento laboral. Es mucho agotamiento. (...) al paciente que viene de urgencia se lo atiende, pero a veces los otros pasan horas esperando y como no se los prioriza, se terminan yendo sin ser atendidos” (médica clínica, Buenos Aires)

La necesidad de mayor inversión en tecnologías duras y mejoras en la infraestructura de los hospitales también fue mencionada como recomendaciones para mejorar la accesibilidad.

“El servicio está colapsado. En cuanto a lo edilicio, no está adecuado para la atención de pacientes de salud mental (...) También creo que faltan reactivos para la medición en sangre del uso de estupefacientes” (psicóloga, Chaco)

“Mejorar la provisión a algunos recursos, medicamentos, preservativos” (médico clínico, Jujuy)

“Falta un densitómetro para realizar la densitometría ósea a las menopáusicas. Hay solo en el Posadas. Ahora además se rompió el mamógrafo acá; tampoco hay resonador; el laboratorio debería estar más completo. Por ejemplo, los tratamientos para climatéricas menopáusicas no están bajando desde el ministerio. Se usa lo que traen los visitantes médicos” (ginecóloga, Buenos Aires).

En concordancia con la profundización de las políticas neoliberales que tuvo lugar en los últimos años (2015-2019) y que, como ya fue mencionado en el capítulo 2, impactó en el incremento de la pobreza, varios/as profesionales aludieron a la necesidad de proveer recursos a los/as usuarios/as, tales como viáticos, para garantizar que puedan llegar al hospital y permanecer el tiempo que fuera necesario. En esta misma clave,

“Atención gratuita al 100%. Ahora no es porque hay pacientes que les cuesta llegar porque no tienen ni para el colectivo” (médico otorrinolaringólogo, Buenos Aires).

“Proveer dinero a pacientes para comer y viajar” (médico neumonólogo, Buenos Aires).

También se recomendó mayor presencia de profesionales de Trabajo Social, tanto en los barrios, abriendo la posibilidad de un primer acercamiento con los/as usuarios/as, operando como “puerta de entrada” al sistema de salud, como fortaleciendo o ampliando las funciones y presencia del Servicio Social en los hospitales.

“No hay recursos para copias y demás y ayuda a la gente en estas cosas relacionadas a trámites y cuestiones más sociales” (trabajadora social, Jujuy).

“Contar con servicio social de 24 horas (de guardia), por ejemplo, como funciona en el Posadas” (médico cirujano, Buenos Aires).

“Pondría a trabajar a servicio social en los barrios” (ginecóloga, Buenos Aires).

Sobre la atención especializada de personas con VIH Profundización Vs. Deconstrucción

Profesionales

- Profundizar la lógica derivación mecánica a Infectología.
“Pensar servicios más exclusivos, más especializados en pacientes con VIH con profesionales preparados para que se sientan mejor atendidos y tratados. Y considero que se necesitan más hospitales” (odontólogo, Jujuy).
- Deconstruir la lógica de derivación.
“Los cambios que realizaría sería desarmar el servicio de Sala, ya que está muy encasillado a VIH y eso dificulta que otros profesionales o servicios se hagan cargo de atender también” (infectóloga, Jujuy).

En lo que respecta a respuestas más específicas vinculadas con las particularidades de las diferentes poblaciones clave, emergió nuevamente la tensión en torno a la atención diferenciada de las poblaciones. Por un lado, hubo profesionales que propusieron retomar la lógica de la especialización, según la cual existen servicios que están “más capacitados” para responder a la demanda de determinadas poblaciones. En contraposición, otros/as profesionales sugieren deconstruir esta lógica y proponen fortalecer el trabajo en red y ofrecer capacitaciones generales para promover “buenas prácticas” que alojen las demandas de las poblaciones clave en todo el hospital. Desde esta perspectiva, es necesario promover la disponibilidad de todos/as los/as profesionales del hospital para una primera escucha, siendo solo necesaria la derivación, por ejemplo, a Infectología, en casos que requieran intervenciones de mayor complejidad.

“Que el servicio de Infectología vuelva a tener internación, los pacientes allí se sentían más contenidos, el personal estaba capacitado para trabajar con ellos” (médica clínica, Chaco).

“Fortalecer el trabajo en red en relación a la atención de pacientes con VIH. Capacitar a todos los equipos de salud en relación al VIH, ya que no todo se canaliza por Infectología” (médico neumonólogo, Jujuy).

“A veces los pacientes vienen por cuestiones distintas a lo que es el diagnóstico de HIV y de la guardia lo mandan a Infectología, siendo que podrían resolverse en guardia. No se los atienden, no se solucionan ni durante el interrogatorio ni en la consulta” (infectólogo, Chaco).

Barreras organizacionales: en Chaco se destaca la necesidad de adecuar las estrategias a las particularidades de las **poblaciones indígenas** a través de folletería en las lenguas originarias, y del real funcionamiento de los equipos de traductores e intermediarios/as en el hospital.

“Yo ya varias veces hice la llamada de atención esa, que hay, se supone, tres compañeros que están para trabajar y hacer el acompañamiento y hacer las traducciones y hacer de intermediarios. Y no los encuentro (...) Eso depende directamente de Dirección” (HSH, 37 años, en GD A, Chaco).

“Y el tema de lo que habría que tener en cuenta también, así como hacen carteles en castellano y en inglés, hay que ser conscientes que estamos en el Chaco y que hay una gran diversidad de culturas, entonces habría que apuntar a eso. Los folletos de VIH que tene-

mos, por ejemplo, los tenemos en Qom y en Wichi,³² y eso nos sirvió un montón, por ejemplo, cuando fue el acampe de los pueblos originarios en un parque. Toda la gente del interior, y muchos médicos me pidieron para llevar para hacer copias, porque no hay ese tipo de material un poco más didáctico” (HSH, 37 años, en GD A, Chaco).

32 - Se refiere a las lenguas habladas por los dos pueblos originarios denominados con los mismos nombres (Qom y Wichi, respectivamente).

Conclusiones

Al referirnos a las barreras de acceso a los servicios de salud, primeramente, tenemos que ubicar el momento histórico en que se realizó este estudio. En los primeros meses de 2019, cuando se desarrolló el trabajo de campo, Argentina se hallaba atravesando el cuarto año de un gobierno de corte neoliberal cuyas políticas implicaron el aumento de la pobreza que incide directamente en la disminución del acceso a la salud. Se destacan, entre otras medidas que impactaron negativamente a la mayoría de la población, la inflación más alta de las últimas décadas; la disminución de subsidios estatales a servicios esenciales como la luz, el gas y el transporte público; el estancamiento del desarrollo industrial y la consecuente pérdida de puestos de trabajo; sucesivas devaluaciones del peso argentino que afectaron los presupuestos para la adquisición de insumos importados como los reactivos para diagnosticar o la medicación para tratar el VIH; el aumento de la violencia institucional por parte de las fuerzas represivas del Estado; y el vaciamiento de diversos programas que promovían la ampliación de derechos y la equidad en el acceso a la salud como el programa Remediar que distribuía medicamentos gratuitos en el primer nivel de atención.

Este escenario configuró una suerte de telón de fondo político-económico que estructuró y repercutió en varias dimensiones de la accesibilidad, como la geográfica, la simbólica y la organizacional. Aún más teniendo en cuenta que en la Argentina, como hemos mencionado, los sectores sociales de menores recursos son los que mayoritariamente se atienden en el subsistema público de salud. Es así que, tanto usuarios/as como profesionales, percibieron diferentes **barreras macro-sociales** de acceso a los servicios de salud entre las que se mencionaron: dificultades para la renovación de las pensiones no contributivas por invalidez, problemas para acceder al boleto y/o a pases gratuitos para el transporte público, discontinuidad en la provisión de medicamentos para los tratamientos antirretrovirales, y/o difi-

cultades para acceder a una buena alimentación que permita no sólo una buena calidad de vida sino también sostener, por ejemplo, una dieta que facilite la tolerancia y adherencia a los tratamientos por VIH.

En el marco de estas políticas macro-económicas regresivas, la construcción simbólica de determinados conjuntos sociales como chivos expiatorios que puedan ser culpabilizados por sus consecuencias, se torna una estrategia de control social necesaria para garantizar la posibilidad de aplicar políticas públicas que empeoren las condiciones de vida de una población. Estas estrategias que operan a nivel macro-social son reproducidas y fácilmente identificables en las dinámicas cotidianas de los servicios de salud. Es así que la accesibilidad a la atención hospitalaria está mediada por **barreras simbólicas** vinculadas con el modo en el que usuarios/as y profesionales se relacionan entre sí a partir de las representaciones y los estigmas que se configuran sobre los/as otros/as. Se pusieron en evidencia prácticas y discursos de trabajadores/as de la salud que son resultado de estereotipos y características atribuidas a las diferentes poblaciones clave.

La carga moral y los juicios de valor emitidos acerca de las prácticas sexuales y las decisiones de vida de las **personas con VIH** en lo que refiere, por ejemplo, a tener hijos/as o a quien contarle sobre su serología, muchas veces resultan en la culpabilización y/o en prácticas interpretadas como discriminatorias por los/as mismos/as usuarios/as. A su vez, el lugar preponderante que aún ocupa el “riesgo de transmisión” y su aparente configuración como el único criterio que debiera orientar las prácticas de cuidado, promueve una percepción de segregación entre los/as usuarios/as, así como la implementación de dinámicas que profundizan estigmas que persisten en diferentes formas.

En el mismo sentido, la asociación de las **personas trans, HSH o trabajadores/as sexuales** con la idea de “promiscuidad” y su identificación mecánica con las ITS resulta en discursos y prácticas de los/as profesionales orientados a la moralización y la normalización de las prácticas sexuales, que obturan la posibilidad de generar vínculos de confianza con los/as usuarios/as, y dificultan que se sientan alojados/as en la atención hospitalaria.

Los estereotipos que ubican a las **personas que usan drogas** como “*inconstantes*”, “*no adherentes*”, “*demandantes*” y “*agresivos/as*” condicionan y obstruyen la aplicación de una multiplicidad de po-

sibles intervenciones al predisponer a los/as profesionales a la certeza del fracaso de sus prácticas.

En el caso de los **pueblos originarios** y **migrantes**, su culpabilización por las dificultades de comunicación, atribuyéndoles características tales como ser “cerrados” o “poco expresivos” opera, para los/as profesionales, como argumento eficaz para no interpelarse e implicarse en la necesidad de generar estrategias que faciliten la mutua comprensión.

A su vez, la representación de determinados/as **migrantes** como “abusivos/as” que vienen al país a hacer uso de los servicios públicos, constituyéndose en una “amenaza” para el ejercicio del derecho a la salud de los/as argentinos/as, considerados/as como los/as únicos/as usuarios/as legítimos/as, oculta que la real amenaza al derecho a la salud deviene de las políticas de recorte y de ajuste presupuestario, que vienen impactando especialmente en el sector.

En síntesis, cuando no se revisa críticamente la construcción simbólica del/a otro/a, que expresa relaciones de subordinación y discriminación de ciertos colectivos, dichos argumentos impregnan y afectan la disposición de los/as profesionales en su relación con los/as usuarios/as de los servicios públicos de atención consultados.

Vale aclarar que la diferenciación de los/as usuarios/as en poblaciones clave tuvo el objetivo analítico de captar algunas especificidades de sus dificultades de acceso a la atención. Sin embargo, muchos/as usuarios/as pertenecen a más de una de estas poblaciones, radicalizándose por ello su condición denostada, profundizándose las dificultades de acceso y la vulneración de sus derechos en la medida en la que se superponen estas pertenencias estigmatizadas. El enfoque de la **interseccionalidad**, empleado en décadas recientes para referir a la relación entre género, raza y clase social, trata acerca de la necesidad de abordar las distintas desigualdades sociales como capas que se suceden de modo simultáneo y concebirlas de manera relacional ya que, en tanto expresan posiciones subordinadas en las relaciones de poder, se refuerzan y potencian mutuamente.

Por otra parte, considerando la **dimensión geográfica de la accesibilidad**, se reitera para las diferentes poblaciones, una distinción central vinculada con la escala de los pueblos o ciudades en términos de la cantidad de habitantes. En las localidades más pequeñas pareciera ser mayor la exposición de las personas a la visibilización, a rumores acerca de su estilo de vida y al incumplimiento en resguardar

la confidencialidad de la información de su salud. Estas barreras vulneran derechos básicos de las personas cuando desean sostener el anonimato de alguna condición en particular, ya sea el hecho de vivir con VIH, su identidad de género o de otras prácticas sociales.

En cuanto a la **accesibilidad organizacional**, las experiencias del vínculo con los servicios de salud son heterogéneas para todas las poblaciones. Sin embargo, todos/as coincidieron en señalar que el vínculo es clave para el acceso, en términos de “buen trato” y de humanización de la relación por parte de los/as profesionales. A su vez, se valoró la confianza y el conocimiento mutuo que se alcanza con aquellos vínculos que se sostienen en el tiempo.

Los excesivos tiempos de espera, las dificultades con los turnos, las derivaciones y los circuitos complicados de entender y seguir generan malestar y fueron mencionados como **barreras organizacionales**, especialmente para las personas trans, migrantes e indígenas. Los horarios matutinos constituyen una dificultad para el acceso de personas trans, de trabajadores/as sexuales y de personas que usan drogas.

La existencia de dispositivos específicos por población como la oficina de traductores indígenas o los consultorios amigables para personas trans fueron valorados como facilitadores por usuarios/as y profesionales.

Del mismo modo, las **organizaciones sociales** que nuclean cada colectivo fueron apreciadas mayoritariamente de forma positiva porque allanan el acceso divulgando información, gestionando turnos, facilitando la comunicación, acompañando en los tratamientos y mediando para el acceso a la información sobre los problemas de salud, los cuidados y la exigibilidad de derechos. Sin embargo, a pesar de esto, casi la mitad de los/as profesionales no sabía, o no respondió, si “*sus pacientes*” participaban en organizaciones sociales u otros espacios colectivos.

Las **redes de pertenencia** y sostén posibilitan el acceso a los servicios de salud, ya sean organizaciones de la sociedad civil u otros/as acompañantes que funcionan como soporte en los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado. Al respecto, los/as profesionales percibieron que la mitad de las personas de las poblaciones clave que atendían concurrían siempre/casi siempre acompañadas a las consultas, y que por lo general lo hacían con familiares. Las funciones que les reconocieron fueron: mejorar la comunicación entre profesionales y usuarios/as al funcionar como intérpretes; apoyo

físico y emocional, especialmente en el momento del diagnóstico, y/o para comprender alguna indicación; contener, ayudar en los cuidados o en las tareas administrativas como sacar turnos, retirar estudios y medicamentos, entre otras.

Siguiendo con las dimensiones organizacionales de la accesibilidad, los **modos de atención** diferenciales según población fueron interpretados como facilitadores por algunos/as y como estigmatizantes por otros/as. El trato diferencial como facilitador fue justificado por la mitad de los/as profesionales que atribuyeron a la población con VIH la condición de ser “más sensible” por el impacto subjetivo que podría producir el hecho de vivir con este virus por lo que requieren más tiempo, contención y escucha.

En contraposición, el hecho de ser expuesto ante los/as otros/as horadando la confidencialidad o la decisión de no visibilidad fue un argumento que preocupó especialmente a los/as usuarios/as. Fueron mencionadas prácticas estigmatizantes como la existencia de una fila especial en Farmacia para quienes retiran medicación anti-retroviral, lugares de espera específicos para las personas con VIH, requisitos para la atención en algún servicio como la presentación de la historia clínica o mayor información sobre la carga viral. En el mismo sentido, la mitad de los/as profesionales acordó con que *“debería haber excepciones para el requisito de consentimiento informado para el test diagnóstico de VIH”*.

El **“riesgo de transmisión” persiste** en el discurso de algunos/as profesionales mientras que para otros/as fue significado como una preocupación secundaria y ubicada en un tiempo pasado. Aunque más de la mitad respondió que no tomaba ninguna medida específica para evitar la transmisión del VIH, un tercio dijo que prestaba más atención y era más riguroso en la implementación de las medidas de seguridad estándar, pero el 16,4% mencionó recaudos adicionales tales como el uso de guantes superpuestos, mayor rigurosidad con el uso de antiparras y barbijo, o la reserva de los últimos turnos para esta población en caso, por ejemplo, de tratamiento con hemodiálisis.

Otra persistencia fue la mención de recursos instrumentales por sobre los ligados a una lógica vincular. La mayoría de los/as profesionales dijo que en el hospital había medicación antirretroviral y que se entregaban preservativos, sólo algo más de la mitad mencionó la existencia de espacios de consejería y, un tercio, los grupos de acompañamiento entre pares.

A pesar de los procesos de cronificación de los problemas de salud/enfermedad/atención vinculados al VIH y de la descentralización de la asistencia, la tarea de **Infectología** fue reconocida por los/as profesionales como el servicio de salud de referencia y con mejor posibilidad de articulación para la atención. El segundo servicio mencionado, aunque en menor medida, fue el de Clínica Médica lo cual pareciera auspicioso por la perspectiva integral de la salud que se espera que ofrezca. En contraposición, según los/as profesionales los servicios con los que tenían peores articulaciones fueron las especialidades quirúrgicas, y según los usuarios/as los servicios de Guardia, Odontología y Ginecología.

Entre las barreras organizacionales hubo particularidades según población clave, además de las ya mencionadas.

- Para las personas **trans**, tanto usuarios/as como profesionales mencionaron la existencia de prácticas discriminatorias dentro del hospital, como llamarlos/as por el nombre que figura en el DNI, internarlos/as en salas que no se corresponden con su género autopercebido, hacerlos/as esperar en exceso e inclusive, evitar atenderlos/as.
- En el caso de los/as **migrantes**, la construcción social de “chivo expiatorio” se reproduce en dos barreras normativas y políticas. Por un lado, la ley provincial jujeña 6.116/19 que regula el acceso gratuito a los servicios públicos de salud para determinadas categorías de migrantes, lo que para algunos/as usuarios/as la ubica como la población con mayor dificultad en esa provincia. Por otro lado, se mencionó la falta de correlato entre leyes que avalan la atención gratuita y las normativas que garanticen el acceso a determinados medicamentos, estudios o intervenciones de alta complejidad fuera del hospital a personas sin Documento Nacional de Identidad (DNI).
- Con respecto a las **personas que usan drogas**, una barrera de accesibilidad organizacional particular fue la percepción del rechazo por parte de los servicios de Salud Mental en nombre de la necesidad de una atención especializada, incumpliendo la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 que establece en su artículo 4 que “las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental”. Otro punto crítico de los circuitos de atención identificado en este estudio fue el maltrato por parte de los equipos

de salud de las Guardias cuando a una situación de consumo de sustancias se le suman problemas de violencia o delitos controlados por las agencias del sistema penal.

- En referencia a las barreras de acceso para **trabajadores/as sexuales**, usuarios/as y profesionales refirieron a la existencia de comentarios irónicos o socarrones, y prácticas discriminatorias como la restricción al acceso a los preservativos como modo de disciplinamiento.

Como se describió en este estudio, la accesibilidad es un fenómeno complejo en el que las dimensiones macro-políticas, geográficas, simbólicas y organizacionales se articulan en niveles diferentes, mientras que coexisten dinámicas particulares que varían según las poblaciones clave o las diferentes regiones del país. A casi cuatro décadas del inicio de la epidemia en la Argentina, es claro que aún queda un camino a construir para efectivizar el derecho al acceso a la salud de calidad, integral y oportuna de las personas con VIH y de otras poblaciones clave.

Recomendaciones

- Como cuestión más general para el análisis de la accesibilidad a la atención hospitalaria y para el consecuente diseño de políticas y programas orientados a garantizar dicho acceso, es imprescindible tener en cuenta el **contexto político-económico**, que incide considerablemente en los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidados. Su consideración es clave no solamente para identificar qué políticas macro-sociales operan en detrimento del derecho a la salud, sino también para encontrar cuáles lo amplían facilitando el acceso.
- En las últimas décadas se produjeron avances en la Argentina en lo que refiere al reconocimiento legislativo de demandas de diferentes colectivos que a lo largo de la historia habían sido sistemáticamente vulnerados en sus derechos más básicos. Se sugiere difundir, formar y capacitar a los equipos de salud en la aplicación de los **marcos normativos** vigentes. En este sentido, para **deconstruir las barreras de acceso simbólicas**, es fundamental la continua capacitación y sensibilización de los/as trabajadores/as de los servicios públicos de atención, especialmente en lo que refiere a la problematización de estereotipos, discursos y prácticas discriminatorias que vulneran derechos formalmente instituidos. A su vez, recuperando las voces de los/as participantes en el estudio, se recomienda la **articulación con las organizaciones sociales**, valorizando sus voces y saberes, reconociéndoles un rol activo en el proceso de sensibilización sobre las necesidades de los diferentes grupos.
- En lo que refiere a la necesidad de transformar las prácticas de los/as profesionales, muchas de las prácticas discriminatorias que se llevan a cabo en la atención hospitalaria podrían ser contrarrestadas a partir de **reglamentaciones o decisiones de carácter organizacional** emitidas desde los niveles centrales de gestión como, por ejemplo, disponer las internaciones en salas

que se correspondan con el género auto percibido de la persona internada, o evitar filas y salas de espera especiales u otras prácticas diferenciales para personas con VIH que puedan leerse en clave de segregación o estigma. Sin desconocer la necesidad de informar y promover capacitaciones para los agentes de salud en lo que refiere a dichas normativas, es función y responsabilidad de los organismos que diseñan y ejecutan las políticas públicas generar dispositivos para acotar los márgenes de discrecionalidad en lo que refiere al reconocimiento y garantías de derechos que por ley están reconocidos.

- Respecto a las **barreras organizacionales**, además de ampliar las franjas de horarios de atención, es preciso hacer foco en la prevención y promoción de la salud, fortaleciendo el primer nivel de atención y evitando la atención centrada en la urgencia con el fin de descomprimir la demanda de atención en los hospitales. Los procesos de descentralización de la atención parecieran tomar esa dirección, pero es indispensable que estos procesos sean acordados con los actores involucrados y que se arbitren los medios para conservar la continuidad de los vínculos entre profesionales y usuarios/as.
- Seguir profundizando el estudio de las representaciones de los/as trabajadores/as de la salud sobre las personas con VIH y otras poblaciones clave es imprescindible para la comprensión de obstáculos y facilitadores para el acceso a la atención hospitalaria. En este sentido, es necesario avanzar en el diseño de estudios que indaguen sobre prácticas y representaciones de los sectores no profesionales que facilitan o dificultan el acceso (administrativos, camilleros, entre otros). En lo que refiere al proceso de investigación, es imprescindible lograr la unificación de criterios y la articulación entre los diferentes **comités de ética** de modo que se faciliten y aceleren los procesos de evaluación. Esto evitaría la fragmentación y burocratización de un proceso de vigilancia ética que consideramos necesario para el cuidado de los sujetos de investigación sobre la base de los principios de igualdad, voluntariedad, anonimato, confidencialidad y seguridad.

Bibliografía

- Abal, Y., Melella, C. y Matossian, B. (2019). Sobre otredades y derechos: narrativas mediáticas y normativas sobre el acceso de la población migrante a la salud pública. En: *Rev. Astrolabio*. Universidad Nacional de Córdoba [En prensa].
- Arístegui, I., Vázquez, M., Dorigo, A. y Lucas, M. (2012). *Percepciones y experiencias sobre estigma y discriminación en poblaciones trans, HSH y usuarios de drogas*. Buenos Aires: Fundación Huésped con colaboración de Red de personas viviendo con VIH de Mar del Plata.
- Baeza, B. (2013). *La memoria migrante y la escucha de los silencios en la experiencia del parto en mujeres migrantes bolivianas en Comodoro Rivadavia (Chubut, Argentina)*. Anuario Americanista Europeo N° 11, 2013, Sección Tema Central: 179-197.
- Barcala, A. (2015). La medicalización de la niñez: prácticas en Salud Mental y subjetividad de niñas, niños y adolescentes con sufrimiento psicosocial. En: A. Barcala y L. Luciani Conde. *Salud mental y niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas*. Buenos Aires: Teseo.
- Cerrutti, M., Bombello, L. y Caggiano, S. (2010). *Salud y Migración Internacional Mujeres Bolivianas en la Argentina*. Buenos Aires: Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA y Centro de Estudios de Población (CENEP).
- Comes, Y. (2002). *Accesibilidad: Una revisión conceptual*, Documento Laboris realizado en el marco del proyecto de Investigación Equity and Decentralization: Accessibility of por families from Buenos Aires province to health public services of Buenos Aires City. International Development Research Centre of Canadá. Mimeo. Bs. As.
- Dabas, E. y Perrone, N. (1999) *Redes en Salud*. Buenos Aires: FUNSER.
- Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. (2017). *Consultorios amigables: un primer paso en la atención de las personas de la diversidad sexual*. Sistematización de servicios de salud impulsados por la Dirección de Sida y ETS (2010-2015). Argentina.
- Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación (2010). *La atención hospitalaria: de las prácticas del equipo de salud a la experiencia de personas homosexuales y bisexuales*. Argentina.

- Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación (2010). *Representaciones y prácticas del equipo de salud en la atención de personas homosexuales, bisexuales y trans en la Ciudad de Buenos Aires*. Diversidad sexual: herramientas para la prevención del VIH., Argentina.
- Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud y PNUD (2013). *Consultorios amigables para la diversidad sexual: guía de implementación*. Argentina.
- Domenech, E. y Magliano, M. J. (2008). Migración e inmigrantes en la Argentina reciente: políticas y discursos de inclusión/exclusión. En E. Domenech, y M. J. Magliano, *Pobreza, exclusión social y discriminación étnico-racial en América Latina y el Caribe* (págs. 423-448). Bogotá: Siglo del hombre. CLACSO.
- FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF (2019). *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2019. Protegerse frente a la desaceleración y el debilitamiento de la economía*. Roma, FAO. Disponible en: <http://www.fao.org/3/ca5162es/ca5162es.pdf>
- Ferrara, F. (1985). *Teoría social y salud*, Buenos Aires: Catálogos Editora.
- Friedman, S.R., Pouget, E.R., Sandoval, M., Rossi, D., Mateu-Gelabert, P., Nikolopoulos, G. K., Schneider, J.A., Smyrnov, P., Stall, R.D. (2016). Interpersonal attacks on the dignity of members of HIV key populations: A descriptive and exploratory study. *AIDS & Behavior*. Publicado online: 17 de octubre. DOI 10.1007/s10461-016-1578-4.
- Grimson, A. (1999). *Relatos de la diferencia y la igualdad. Los bolivianos en Buenos Aires*. Buenos Aires: Eudeba.
- Halpern, G. (2007). *Medios de comunicación y discriminación. Apuntes sobre la década del 90 y algo más*. Boletín de la BCN. Disponible en: <http://produccion.fsoc.uba.ar/paraguay/nosotros/halpern02.pdf>
- Idoyaga Molina, A. (2015). Enfermedad, terapia y las expresiones de lo sagrado. Una síntesis sobre medicinas y religiosidades en argentina. *Ciências Sociais e Religião*, 17 (22): 15-37 jan- jul 2015. Porto Alegre.
- INDEC (2010). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010*. República Argentina, 2010. Disponible en: https://www.indec.gov.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=41&id_tema_3=135
- International Health Policy Program and Ministry of Public Health (2014), Thailand “Report of a pilot: Developing tools and methods to measure HIV-related stigma and discrimination in health care settings in Thailand”, November 2014.
- International Health Policy Program, National AIDS Management Center (NAMC) Ministry of Public Health (2014). *HIV Stigma and Discrimination Surveys Guidelines and Procedures Manual*, Thailand.
- Jelin, E., Grimson, A., Zamberlin, N., Mombello, L., Cerruti, M., Caggiano, S. y Abel, L. (2006). *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*. Buenos Aires: IDES. Disponible en: <http://cdd-hh.ides.org.ar/files/2012/05/Jelin-Salud-y-migraci%C3%B3n-regional.pdf>

- Jones D., Barrón López S., Alonso J.P., y Cunial, S. (2017). *Adherencia a los tratamientos antirretrovirales en personas que viven con VIH en la Argentina*, Buenos Aires, Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.
- Luz, M.T. (1997). *Natural, Racional, Social: razón médica y racionalidad científica moderna*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Maceira, D. (2018). *Morfología del Sistema de Salud Argentino. Descentralización, Financiamiento y Gobernanza*. Documentos de Trabajo CEDES 141/2018. Disponible en: https://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2018/11/Doc_t141.pdf
- Melella, C. (2016). Prensa gráfica y migración sudamericana. *Revista de Estudios Sociales Contemporáneos* n° 13, IMESC-IDEHESI/Conicet, Universidad Nacional De Cuyo: 134-150.
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. y Onocko, R. (1997). *Agir em saúde um desafio para o publico*, Editora HUICITEC Sao Pablo/ Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Name M.J., Stival M. y Margulies S. (2011). Estudios sobre las modalidades de distribución de preservativos en 13 hospitales públicos de la Argentina. *Actualizaciones en sida*, agosto de 2011, Vol. 19, supl. 1:32.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) (2016). *Plan de Acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021*. Washington D.C. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34079/DC552017-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pasarín, M.; Berra, S., Rajmil, L. Solans, M., Borrel, C. y Starfield, B. (2007). Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. *Aten Primaria*, 39(8):395-403.
- Pecheny M., Manzelli H. y Jones D. (2002). *Vida cotidiana con VIH / SIDA y/o Hepatitis C. Diagnóstico, Tratamiento y Proceso de Expertización*. CEDES, Serie Seminarios Salud y Política Pública, Seminario V, Bs. As., agosto 2002.
- PNUD Argentina, OPS y CEPAL (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. 1a ed. - Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD.
- Pouget, E.R., Sandoval, M., Nikolopoulos, G.K., Mateu-Gelabert, P., Rossi, D., Smyrnov, P., Jones, Y., y Friedman, S.R. (2016). Developing measures of pathways that may link macro social/structural changes with HIV epidemiology. *AIDS & Behavior*, enero, pp 1-13, DOI 10.1007/s10461-016-1291-3, Agosto Vol. 20 (8):1808-20.

- Ramos, G. y Ravasi, G. (2017). Atención Integral: el segundo 90. En: A. Celi y A. Afani. *Estándares para el diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA en Latinoamérica*. Comité de VIH/SIDA Asociación Panamericana de Infectología Primera Edición. Quito: Latido, Central de Comunicación.
- Rosa, R., Pelegrini, A., y Lima, M. (2011). Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(2), 345-351.
- Rossi, D. (2012). Uso de drogas y transmisión del VIH en América Latina. Arlington, VA: USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Orde.
- Rossi, D., Pawlowicz, M. P. y Zunino Singh, D. (2007). *Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario: la perspectiva de los trabajadores de la salud*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil. 1a ed. Disponible en: <http://intercambios.org.ar/wp-content/uploads/2017/05/Accesibilidad-de-de-los-UD-2007.pdf>
- Rovere, M. (1999). *Redes en Salud: Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario: Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión).
- Rozenblat, E.; Biagini, G. y Sánchez, M. (1999). El hospital público y la representación social del complejo VIH/SIDA, Documento Técnico N° 20 *Temas prioritarios de Salud Pública*. OPS. Coordinación de Investigaciones. División de Salud y Desarrollo Humano, Estados Unidos.
- Seppilli, T. (2000). De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. En: E. Perdiguero y J. Comelles (eds). *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Ediciones Bellaterra.
- Turrini, R., Lebrão, M. y Cesar, Ch. (2008). Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad Saúde Pública*, 24 (3):663-74.



intercambios

Asociación Civil para el estudio y atención
de problemas relacionados con las drogas
Redefinir el problema. #Reinventarlasrespuestas

Intercambios Asociación Civil
Twitter @intercambiosAC
Facebook Intercambios
IG: Intercambios
www.intercambios.org.ar