

¿ENFERMEDADES O POBLACIÓN ENFERMA?: LAS ESTADÍSTICAS Y LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL EN UN SERVICIO DE ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)*

ANA B. DOMINGUEZ MON**

«Las enfermedades son juicios que los seres humanos emiten en relación con condiciones que existen en el mundo natural. Son esencialmente construcciones sociales, construcciones hipotéticas creadas por nosotros mismos...»

Eliot FRIEDSON (The profession of medicine)

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se llevó a cabo con las estadísticas de casos de ETS de notificación obligatoria registrados en los consultorios externos de un servicio de atención de ETS en un hospital de alta complejidad del tercer nivel (enero/diciembre, 1989).

Del total de las enfermedades notificadas se ha elegido un determinado grupo de ellas a fin de profundizar la tarea explicativa de nuestros dos primeros años de investigación cualitativa en campo.

El objetivo del presente trabajo fue en principio el relevamiento de los datos estadísticos para actualizar nuestro registro de morbilidad proveniente del material cualitativo de las entrevistas a pacientes y al personal de salud de los consultorios externos de ETS del hospital mencionado realizadas durante 1987-88. Al analizar el material disponible, nos encontramos frente a una población difícil de describir. Pronto, entre los datos vagos fueron emergiendo indicadores -edad y sexo-, que al ser procesados dieron cuerpo a la masa de información. Tal vez la pregunta pertinente fuera ¿para qué sirven las estadísticas en medicina? ¿Qué pretenden mostrarnos?

En principio, la respuesta que surge es la de expresar la ocurrencia de una enfermedades en términos de «casos» o «casuística» -denominación dada a la invasión individual de una enfermedad- (1).

* Texto elaborado sobre la ponencia presentada al Tercer Congreso Argentino de Antropología Social. Rosario 23-27, julio 1990.

** Agradezco la colaboración del In.g. Rafael ELIAS COSTA para el procesamiento de los datos de morbilidad y la confección de los cuadros correspondientes.

La notificación de las Enfermedades de transmisión sexual es obligatoria, esto quiere decir que toda autoridad de un servicio de atención público o privado que haya atendido a un paciente infectado con determinadas ETS, debe notificar al Ministerio de Salud y Acción Social los casos de acuerdo con lo prescripto por la ley 12.331 (Ley Nacional de Enfermedades de Transmisión Sexual). Los casos de ETS notificados expresan la incidencia -los nuevos casos- y la prevalencia -los ya registrados- de estas enfermedades. Su conocimiento permite a las autoridades sanitarias planificar o llevar a cabo acciones para controlar o erradicar ciertos padecimientos.

En un primer momento, el material proveniente de las estadísticas nos pareció útil por su volumen. Pronto reflexionamos que su contenido se refería en forma vaga y amplia a las enfermedades, clasificadas y cuantificadas según su estadio, el diagnóstico y su tratamiento correspondiente. En cuanto a quienes padecían esas enfermedades, se reconocía a personas inicialadas, diferenciadas por edad y sexo y localizadas en forma difusa por su lugar de residencia.

Finalmente intentaremos demostrar cómo esta forma de presentar los datos obedece a una determinada percepción y categorización de las enfermedades en general y los conjuntos que las padecen por parte de la medicina o el «saber» médico. Lo que aparece como relevante es la enfermedad, con sus estadios y la tipificación del agente que la produce, eventualmente el tratamiento que se administró; el registro de las edades y sexo, el nombre -las iniciales- y la localidad de donde provienen los enfermos.

De lo que se deduce que la práctica médica desde su modalidad diagnóstica/terapéutica y clasificatoria construye enfermedades y enfermos.

Siguiendo este objetivo hemos relevado dos expresiones de la construcción médica de las ETS: por un lado la que presenta la planilla del Ministerio de Salud y Acción Social, y en segundo lugar la forma en que el personal de salud la completa.

La primera aparece en forma de consigna biológica, dando prioridad a los indicadores que permitan describir más a la enfermedad que a los enfermos. Por otra parte, el personal de salud responde en forma incompleta a la demanda estatal: los nombres se presentan inicialados y los datos de domicilio y localidad no se completan en todos los casos. La explicación dada es que se intenta preservar la identidad de los pacientes y por otra parte, consideran inútil registrar el domicilio porque «el paciente de ETS miente acerca de su domicilio o presenta distintas direcciones para que no pueda ser ubicado» (Do).

En un segundo momento, analizaremos esa categorización ponderando el valor asignado a la enfermedad y al paciente. Por lo que concluimos que la definición, categorización y codificación médica de los padecimientos es una construcción parcial, que tan sólo aporta una aproximación a los mismos.

Los registros en salud -con expresa referencia a las ETS-, son meras clasificaciones en las que se considera a la enfermedad en términos «naturales», en tanto

biológica e individual. El estudio de los casos obedece a la ocurrencia de una patología, no a la persona afectada ni a las condiciones sociales en que vive.

El presente trabajo consta de dos partes: la primera, el análisis estadístico de los casos notificados de un cierto número de las ETS y la construcción social que surge del mismo; y la segunda sección, contiene la confrontación del análisis de las mismas como construcción social con el material cualitativo relevado en 1987/88.

1. BREVE DESCRIPCIÓN DEL MATERIAL ESTADÍSTICO

Hemos trabajado con el registro de un total de 1763 casos notificados sobre 8196 pacientes diagnosticados y tratados en el servicio citado.

La confección de las tablas que presentaremos a continuación se basó en datos tales como a) enfermedades diagnosticadas y tratadas b) clasificación por sexo y c) edad.

El desarrollo del punto a) tiene en cuenta los objetivos de nuestro trabajo: priorizar dos enfermedades que por su incidencia y prevalencia son las más frecuentes en la población, además de ser las reconocidas desde las representaciones colectivas como «venéreas». Por ende la primera distinción fue entre Sífilis y Gonorrea.

La Sífilis ha sido tenida en cuenta de acuerdo a sus tres estadios, como tratamiento a contactos sexuales de gente enferma (Sífilis epidemiológica o SE) y finalmente la sífilis serológica o latente a través del análisis de sangre denominado V.D.R.L.

En segundo término se consideró conveniente diferenciar a las enfermedades producidas por la Neisseria Gonorrhoeae, con resultado de Beta lactamasa + o Beta lactamasa- o como tercera posibilidad encontrando bacteria no viable: en la que no se desarrolla el germen. Esta perspectiva enriquece el análisis acerca de la Gonorrea puesto que el mismo no sólo involucra a las pruebas de laboratorio sino que está en juego el papel de la medicalización de la enfermedad, la precisión del diagnóstico, la eficacia del tratamiento: el nivel científico técnico y su incidencia en las relaciones sociales.

Una tercera distinción establece la diferenciación entre las enfermedades gonococicas (producidas por la Neisseria Gonorrhoeae) y las no gonococicas.

El Chancro Blando permitió evaluar la incidencia de una enfermedad que tiene una sintomatología dolorosa frente a la aparición del chancro sifilítico.

Finalmente el relevamiento de Herpes y de SIDA (HIV) respondió a que eran las únicas enfermedades producidas por virus, no comprobables entre sí y en las que el tratamiento en el primer caso no siempre es exitoso en tanto que en el segundo es experimental. La prueba de HIV para SIDA se ha dejado de efectuar en el servicio a principios de 1989 por lo que los casos registrados no implican estado de situación de

la morbilidad de SIDA en los pacientes diagnosticados y tratados.

1.1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

En principio deseamos presentar estas enfermedades en sus características clínicas.

La GONOCOCIA es una enfermedad causada por una bacteria llamada *Neisseria Gonorrhoeae*; la aparición de los primeros síntomas más comunes son secreción purulenta; ardor y dolor al orinar. La *Gonococcia* anal o vaginal puede presentar secreción purulenta, pero no siempre. La gonococia oral puede producir dolor de garganta. Las complicaciones más frecuentes son: esterilidad, ceguera, alteraciones de corazón y articulaciones.

El agente de la SIFILIS es la bacteria *Treponema pallidum*. La aparición de los primeros síntomas es de 10 a 90 días (generalmente tres semanas). En la etapa primaria (S1) aparece el chancro: llaga pequeña, redondeada, dura, no dolorosa. Se asienta habitualmente en los genitales, puede estar en otras zonas del cuerpo (boca, ano, etc). Este primer síntoma puede pasar desapercibido o no presentarse. Pueden aparecer manchas en la piel. Generalmente la llaga viene acompañada de ganglios satélites.

En la SIFILIS Secundaria (S2) se registran lesiones cutáneas y mucosas, polimorfos, acompañadas de síntomas generales y microadenopatías. Las principales lesiones son roseolas, lesiones palmoplantares, lesiones papulosas, placas mucosas, alopecias, lesiones papulovegetantes (condilomas planos) genitales y perianales.

En la SIFILIS serológica (SS) o latente (30 a 60 días de iniciado el contagio) hay ausencia de signos clínicos.

La SIFILIS terciaria (S3) puede presentar manifestaciones cutáneas tuberosas o gomosas; gomas óseas y viscerales; cardio y neurosífilis.

La SIFILIS congénita, en los niños infectados de madres sífilíticas, puede distinguirse dos manifestaciones clínicas: la precoz, rinitis, estomatitis, hepatoesplenomegalia, osteocondritis huesos largos, y la tardía, queratitis intersticial, dientes de Hutchinson, sordera, hidroartrosis en rodillas.

El CHANCRO BLANDO (CB) puede ocurrir asociado a otra enfermedad genital particularmente herpes o sífilis. Lo causa una bacteria llamada *Haemophilus ducreyi*. La mujer en general es asintomática. La aparición de los primeros síntomas es muy variable. Los síntomas más comunes son llagas, úlceras con bordes no duros. Pueden ser únicas o varias. Aparecen ganglios. Es doloroso. Las complicaciones que ocasiona son fistulas crónicas e infecciones.

Las URETRITIS o CERVICITIS NO GONOCOCICAS (UNG) la causa puede ser *Chlamydia*, bacterias y otros agentes, p. ej. *Mycoplasmas* y *Gardnerella*, esta

última no enferma de por sí, pero su aislamiento significa alteración de los microbios normales. La aparición de los primeros síntomas es de 1 a 3 semanas. Los síntomas más comunes son secreción. Las mujeres generalmente no presentan síntomas y los hombres manifiestan molestias al orinar, secreción acuosa. Las posibles complicaciones son Inflamación pélvica (EIP) en los órganos genitales internos en las mujeres y en los hombres infección crónica en vías urinarias que pueden llevar en ambos casos a la esterilidad.

El HERPES genital (H) es transmitido por contacto sexual directo con la zona afectada. La causa es un virus llamado Herpes simplex (Virus I y II). La aparición de los síntomas es muy variable: generalmente de 2 a 10 días. Los síntomas más comunes son pequeñas ampollas en la zona genital. Puede producir dolor al orinar; ganglios inflamados, secreción, fiebre, o simplemente irritación en la uretra y aparato genital. Las posibles complicaciones son ampollas dolorosas. Debe controlarse especialmente durante el embarazo.

SIDA (HIV) es una enfermedad transmitida por contacto sexual, a través del uso de inyectables contaminados por el virus y por transfusiones y hemoderivados contaminados por el virus. La aparición de los primeros síntomas es de 15 días a 8 años o más. Los síntomas más comunes son fiebre, pérdida de peso, tos, diarrea, ganglios, falta de apetito, infecciones generales y tumor de Kaposi. Ocasiona la muerte.

Actualmente, del cúmulo de las ETS, tienen importancia epidemiológica la sífilis, la gonorrea, chancro blando, granuloma venéreo, herpes, hepatitis B, SIDA.

Las estadísticas de los Estados Unidos a principios de los 80 son las siguientes: el 2% de la población de USA padece blenorragia, con un índice de crecimiento del 12% anual; en la Argentina se mantiene el 59 o/oo con estadísticas inciertas, en tanto que la sífilis para USA es de 32,9 o/oo, en Argentina es de 44 o/oo con tendencia al descenso (MAUREL D. y FRANPROYEN, G. 1985:4).

El nuevo auge de estas afecciones para los '80, obligó a intensificar la lucha contra las ETS, convocándose nuevamente una reunión de científicos especializados en Washington en 1982. Resultante de ésta se elaboró un documento señalando las consecuencias graves de estas enfermedades. El documento elaborado sostiene: «lo más gravoso es el tratamiento de los que sufren complicaciones, que entraña gastos muy superiores» ...entre los costos indirectos «hay que contar las bajas de productividad debidas a las licencias de enfermedad, la invalidez o la muerte prematura». Las consecuencias sociales de estas infecciones se focalizarán en «causa de infecundidad, pérdida del feto, muerte neonatal e invalidez infantil» (OMS, 1985:10).

Por otro lado, los estudios destinados a estimar la importancia de la Gonorrea ponderan aspectos tales como: uretritis y vaginitis, enfermedad inflamatoria pelviana (EIPO), oftalmia neonatal, infertilidad. En las mujeres la blenorragia puede aparecer como asintomática durante semanas o meses.

CUADRO N° 1
ESTADISTICAS 1989
CANTIDAD DE CASOS NOTIFICADOS

ENFERMEDAD	CASOS	SEXO		EDAD PROMEDIO	
		MASC.	FEM.	MASC.	FEM.
S1	119	105	14	30	28
S2	65	49	16	29	31
S3	1	1		37	
SS	164	131	33	28	29
SE	24	13	11	34	25
CB	7	7		37	
UG	145	133	12	27	25
UG+	220	204	16	26	25
UG-	326	301	25	26	28
UNG	600	410	190	27	27
HIV	12	11	1	26	15
H	80	73	7	29	28
TOTAL	1763	1438	325	27	27

Fuente: Estadísticas consultorios externos de ETS del hospital «Sarmiento».

CUADRO N° 2
PORCENTAJE DE CASOS POR ENFERMEDAD

ENFERMEDAD	CASOS	SEXO		EDAD PROMEDIO	
		MASC.	FEM.	MASC.	FEM.
S1	6,7	7,3	4,3	30	28
S2	3,7	3,4	4,9	29	31
S3	0,1	0,1	0,0	37	
SS	9,3	9,1	10,2	28	29
SE	1,4	0,9	3,4	34	25
CB	0,4	0,5	0,0	37	
UG	8,2	9,2	3,7	27	25
UG+	12,5	14,2	4,9	26	25
UG-	18,5	20,9	7,7	26	28
UNG	34,0	28,5	58,5	27	27
HIV	0,7	0,8	0,3	26	15
H	4,5	5,1	2,2	29	28
TOTAL	100,0	100,0	100,0	27	27

Fuente: Estadísticas consultorios externos de ETS del hospital «Sarmiento». Enero - Diciembre 1989.

De los 1763 casos registrados de Enero a Diciembre, 1438 corresponden a varones frente a 325 casos de mujeres, con una edad promedio de 27 años. Este caso indicaría la mayor afluencia de varones 81,6% a la consulta frente a un 18,4% de mujeres. Esta relación fue encontrada en el material cualitativo de 1987/88.

La relación sexo y edad arroja un 82% de varones y un 18% de mujeres con una media de 27 años para ambos.

De lo que concluimos que los pacientes que acuden a consulta de ETS son los de edad económicamente productiva. Es población adulta masculina y la inferencia posible acerca de las mujeres es que muchas son diagnosticadas y tratadas en otros servicios o no acuden porque tanto para sífilis como para gonorrea suelen no presentar síntomas molestos. Cabría otra interpretación posible a partir del material cualitativo: la demanda espontánea de varones frente al porcentaje menor de mujeres podría estar relacionada con la construcción acerca de los roles sexuales: para una mujer, y no exclusivamente en los sectores populares. Como lo registramos, aceptar tener una «venérea» tiene distintas implicancias sociales para la mujer que para el hombre. Para éste puede ser «desacreditable», pero están más vinculadas a la socialización y a los ritos de iniciación masculinos (ver punto 2.1).

1.3.2 SEXO Y ENFERMEDAD

Del total de casos registrados, el 34% corresponde a uretritis no gonocócicas (UNG) (enfermedades transmitidas por el vínculo sexual: dentro de la pareja sexual o por la presencia de un tercer compañero sexual). De este 34% un 28.5% son hombres frente a un 58.5% de mujeres.

De los 691 casos de Gonorrea 638 son varones y 53 mujeres. Del total de casos diagnosticados y tratados como Gonococia el 21% es de varones y el 8% de mujeres. Relación que expresa también el total de varones diagnosticados y tratados 82% frente al 18% de mujeres.

Sífilis: En primer lugar se registra un alto número de Sífilis serológica (SS) en un total de 164 casos. La Sífilis serológica se diagnostica por laboratorio, lo que indica que el 10% del total de casos toma conocimiento de su enfermedad por el laboratorio. Esto implica, como veremos más adelante, distinta recepción del diagnóstico.

La Sífilis Primaria (S1) registra 119 casos (105 varones y 14 mujeres). El 7% del total de los casos (6% varones y 1% mujeres). Son los de presentación espontánea con sintomatología clara, otros derivados de otros servicios y/o detectados en asociación con otras ETS.

La Sífilis Secundaria (S2) de 65 casos (el 4% del total) el 75% corresponde a los varones y el 26% a las mujeres. La peculiaridad del secundarismo en la sífilis

CUADRO Nº 3
PORCENTAJE DE CASOS
POR ENFERMEDAD Y SEXO

ENFERMEDAD	CASOS	SEXO		EDAD PROMEDIO	
		MASC.	FEM.	MASC.	FEM.
S1	6,7	6,0	0,8	30	28
S2	3,7	2,8	0,9	29	31
S3	0,1	0,1	0,0	37	
SS	9,3	7,4	1,9	28	29
SE	1,4	0,7	0,6	34	25
CB	0,4	0,4	0,0	37	
UG	8,2	7,5	0,7	27	25
UG+	12,5	11,6	0,9	26	25
UG-	18,5	17,1	1,4	26	28
UNG	34,0	23,3	10,8	27	27
HIV	0,7	0,6	0,1	26	15
H	4,5	4,1	0,4	29	28
TOTAL	100,0	81,6	18,4	27	27

Fuente: Estadísticas consultorios externos de ETS del hospital «Sarmiento».
Enero - Diciembre 1989.

(lesiones cutáneas y en mucosas), permite apreciar la presencia de síntomas no observables por los pacientes en su primera etapa. Ejemplo de ello es el aumento de los casos en mujeres (5 frente al 4.3% de S1).

La sífilis epidemiológica (SE) son los casos registrados y tratados como sífilis por ser contactos sexuales de los pacientes enfermos (sólo el 1% del total): de 24 casos registrados: 13 son varones y 11 mujeres.

Por último la Sífilis terciaria (S3) presenta un único caso masculino en el período enero-diciembre.

Chancro Blando (CB) Los 7 casos son de varones y es remarkable que la edad promedio de los mismos sea de 37 años.

Gonorrea (UG,UG+,UG-) se registra un total de 691 casos de los que 239 son Beta lactamasa negativo y 182 Beta lactamasa positivo frente a 94 con bacteria no viable (Del total de casos: 21% de Gonorrea; 16% de Beta lactamasa + y 8% tratados como gonorrea pero cuyo cultivo no evidencia desarrollo del germen). Esta diferenciación obedece a los distintos métodos de laboratorio que permiten diagnosticar una forma específica de gonorrea o descartarla.

Para diagnosticar Gonorrea debe observarse en el microscopio gonococos fuera y dentro de las células denominados intra y extracelulares. Este diagnóstico se realiza a los 20 minutos de la toma, por lo que se da tratamiento para Gonorrea.

Pero además puede estar presente una enzima Beta que crea una cepa especial de gonococo o anillo Beta láctámico que es resistente a la medicación corriente para una Gonorrea (UG+). La medicación necesaria en este caso es más cara.

Para la Beta lactamasa negativa (UG-), cuando se comprueba la ausencia de esta enzima, corresponde la penicilina prescrita para Gonorrea. Cuando se realiza el cultivo para buscar esta enzima y éste no crece o desarrolla en la placa donde está la colonia de gonococos se lo denomina «bacteria no viable» (UG) (3). Las posibilidades para un resultado de este tipo son muchas: el paciente puede haber tomado alguna medicación en base a penicilina que mató las bacterias, el material recogido puede haber sido escaso, por problemas de laboratorio o porque finalmente lo sembrado no era un gonococo. Este caso se observan gonococos solo fuera de las células o «extracelulares».

Si bien el número de casos de Beta lactamasa negativa es mayor (18.5% del total) y un 8% del total en que la bacteria no es viable, se observa un 12.5% de UG+ del total de casos en que la bacteria es resistente a la penicilina comunmente administrada para Gonorrea.

Herpes (H) Los casos de herpes están más vinculados a los varones y la media de los pacientes es más alta que para el resto de las ETS (29 varones y 38 mujeres) algo semejante a lo que ocurre con el chancro blando (CB) aunque registrando más edad (37 para varones).

SIDA (HIV) Sólo 12 casos de SIDA (11 varones y una mujer) se notificaron de

enero a diciembre. La razón dada por las autoridades del servicio es que desde enero de 1989 el examen de HIV no se efectúa de rutina, siendo escasos los reactivos para su detección por lo que el análisis de esta afección es imposible efectuarlo por las estadísticas de ese año.

2. LOS DATOS CUANTITATIVOS Y LA DESCRIPCIÓN CUALITATIVA.

La búsqueda de cifras que dieran cuenta de la situación actualizada de morbilidad del servicio tropezó con no pocos obstáculos para su interpretación.

Extensas planillas suministradas por el Departamento de Promoción y Protección de la Salud de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires organizan los datos por fecha, apellido y nombre; sexo; edad; domicilio; calle; N°; localidad; diagnóstico y forma clínica.

La descripción de la población enferma solo puede hacerse por edad y sexo. Por lo que apenas podemos dar una aproximación a la situación de morbilidad de las ETS en este servicio. Si por morbilidad entendemos la ocurrencia de las ETS en una determinada población.

La descripción del material es por «casos», es decir por enfermedades diagnosticadas y tratadas, no por enfermos. Esta clasificación pone el énfasis en la «enfermedad» como categoría cuantificable a través de «individuos enfermos».

Esta forma clasificatoria responde a un modelo de saber médico en que la enfermedad se presenta como indicador manifiesto, considerada como «daño», «alteración», «anomalía», «desviación» del funcionamiento orgánico «normal». Es un fenómeno estrictamente biológico; resultado, en términos causales, de la intervención de un «agente» específico, sobre un «huésped» individual en un ambiente dado.

El modelo médico emergente se caracteriza por ser biólogo, individual, ahistórico, pragmático (MENENDEZ, E. 1981) y logra su hegemonía desestructurando los contenidos sociales del saber y la práctica médica de los reformistas del siglo XIX -Virchow y otros-.

Considerar, como lo haremos seguidamente, la determinación social de los procesos de salud-enfermedad, no agota la inclusión de lo social. **Lo social no es una variable que se impone desde afuera:**

... el mismo proceso biológico humano es social. Es social en la medida en que no es posible fijar la normalidad biológica del hombre al margen del momento histórico» (C. Laurell, 1982:20).

Por lo que deducimos que las estadísticas nos dicen más acerca de las enfermedades que de la población que las padece. Esto responde a una determinada categorización por parte del saber médico que si bien pondera lo social como lo señala una publicación de la OMS (1985),...

«Cabe considerar que la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual es un **problema social** con aspectos médicos muy importantes...» (OMS 1985: 17) (el subrayado nos pertenece).

en la práctica cotidiana en cambio, se reduce a concebir a la enfermedad sólo en el individuo que la padece.

Testimonios del personal médico como el que presentamos a continuación, expresan el modelo emergente observado en las estadísticas.

«Si me viene una sífilis (un paciente con sífilis), primero le hago la historia clínica...» (Vo)

La simplificación del lenguaje cotidiano del personal de salud no es casual, sino responde a una determinada categorización de las enfermedades y de los enfermos.

Ello permitiría fortalecer nuestra afirmación que «la definición, categorización y codificación médica de los padecimientos es una construcción parcial que sólo aporta una aproximación a los mismos». Los casos de Sífilis y Gonorrea nos dan un cuadro de situación que no podemos vincular sino precariamente con la población que las padece.

Los datos cualitativos provenientes del trabajo de campo nos brindaron elementos para el análisis descriptivo de la población del servicio (aunque debemos tener en cuenta que durante 1989, la crisis socioeconómica se profundizó y que seguramente se haya modificado la composición de la misma).

2.1. LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LAS ETS. LOS PACIENTES.

Desde nuestro marco conceptual afirmamos que el proceso salud-enfermedad es una construcción social que involucra valores y prioridades sociales tanto desde la práctica médica cuanto desde los conjuntos sociales (CONRAD, P. 1982: 136). Por lo tanto el análisis de estas afecciones debería contemplar además de teorías y técnicas de la construcción médica, las representaciones y las prácticas que los conjuntos sociales tienen de ellas.

CUADRO N° 4
ESQUEMA POR ENFERMEDAD
Representaciones de los pacientes

ENFERMEDAD	ETIOLOGIA	CAUSAS	SINTOMAS	RIESGOS
SIFILIS	-Problema en sangre -Una blenorragia anterior	-Relaciones sexuales -Flujo fuerte en la mujer -Debilidad	-Aparición de chancro o grano sin dolor	-Locura -Deformaciones -Taras los hijos
BLenorragia (Gonorrea)	-Problema en sangre -Microbios	-Falta de higiene -Uso de jabón, toalla o ropa infectada	HOMBRES -Dolor al orinar -Supuración del pene MUJERES -Flujo de olor fuerte -Dolor abdominal	-No se conocen
SIDA	-No se sabe -Virus	-Relaciones sexuales -Por sangre -Por debilidad	-Manchas en piel -Pérdida de peso	-Muerte

Fuente: Información antropológica. Trabajo de campo. Bs. As. 1987-88.

Entendemos por «representaciones», «los procesos interrelacionados de percepción, categorización y significación (otorgar sentidos), privilegiando esta última -la significación- como condición básica de todo proceso social»... «Por práctica entendemos los modos de acción, tanto como las formas espontáneas y/u organizadas, individuales o grupales, formales informales» (MERCER, GRIMBERG y otros, 1988). Representaciones y prácticas se condicionan recíprocamente.

La información expuesta en este cuadro responde a 87 entrevistas efectuadas a pacientes en los consultorios externos de ETS de un hospital del tercer nivel de la ciudad de Buenos Aires.

La metodología empleada fueron entrevistas semiestructuradas y observación del proceso de atención a pacientes que accedían por primera vez a la consulta.

Nuestra preocupación se focalizó en la construcción social de los pacientes y del personal de salud acerca de la enfermedad y los enfermos de ETS. A tal fin, se analizó las prácticas y las representaciones sociales de los actores sociales involucrados en el proceso de atención: pacientes y personal de salud.

Desde la perspectiva de los pacientes, de las tres afecciones señaladas, la Sífilis aparece como la mejor conocida en el campo de la experiencia popular: «putrición» o «estar podrido» son las denominaciones citadas con mayor frecuencia (3). La etiología, al igual que en la *Blenorragia* aparece ligada a un «problema en sangre» o debido a «microbios», de ahí que se vincule a la Sífilis con la *Gonorrea* en tanto ésta aparece como estadio anterior a la Sífilis o como una expresión más benigna de la misma (4).

Otra distinción posible entre estas dos afecciones la da un informante médico en relación al **tratamiento**:

«También hay una diferencia en el tratamiento. Los pacientes no saben que se les administra, cosa que me parece correcta para evitar la automedicación o que no se traten. Pero sí les dan importancia según sea lo que se les da: una pastilla o una inyección. A la pastilla le dan menos importancia pero a la inyección la consideran más efectiva porque por el pinchazo creen que es más grave. De hecho asocian una de menor importancia con otra de mayor importancia. Ellos mismos se preguntan en la sala de espera que le dieron si pastilla o inyección» (Rubén T.)

Para el caso del SIDA, por su difusión a través de los medios masivos de comunicación, se le reconoce diferentes etiologías. En 1986, cuando elaboramos un pretest en campo, los pacientes admitían desconocer el tema o a lo sumo desconfiar, considerándolo invento de la prensa o campaña elaborada desde algún ámbito de poder. Ya en 1987 la actitud cambia y comienza la preocupación, se mantiene el desconocimiento acerca del origen y algunos hablan del virus. En 1988 hay una intensa preocupación por el tema.

Las causas han sido discriminadas de igual forma para la Sífilis y la *Gonorrea* también conocida como «enfermedad de mujeres», «purga», o «purgación». Estas denominaciones evidencian que se la identifica en principio como **enfermedad transmitida por vía sexual**. Se pueden contraer si el hombre está «débil»: la debilidad también se la vincula a tener «problemas en sangre». A la debilidad masculina se

opone «el flujo fuerte» de la mujer. En estas representaciones habría aspectos que están relacionados con el complejo «frío-caliente», en el que la mujer con su «flujo fuerte» y la relación sexual caen en el polo de lo «caliente». Esta es una de las formas posibles de «debilitar» al hombre con «las defensas bajas» (frío) y que la enfermedad «entre en la sangre». Este choque entre caliente-frío podría ser una de las causas de adquisición de la enfermedad.

La falta de higiene fue mencionada tanto por los pacientes como por el personal de salud como fuente de enfermedad. Si bien este término no ha sido especificado por los informantes, se han registrado tres acepciones al mismo: a) lo relativo a la higiene personal cotidiana; b) como higiene íntima de genitales y c) la higiene de los genitales para la actividad sexual. Esto último en estrecha vinculación con la denominación «promiscuidad», aludida por pacientes de nivel de instrucción medio y el personal de salud, que en general mencionaron «promiscuidad» como gran número de relaciones sexuales con distintas personas. Algunos pocos informantes incluyeron la no selección de las parejas sexuales como parte del concepto.

2.2. EL PAPEL DE LOS SÍNTOMAS EN LA CARRERA DEL ENFERMO.

La utilización del esquema metodológico de la **carrera del enfermo** nos permitió completar nuestro desarrollo de la construcción social de los pacientes acerca de las ETS. Este modelo, muestra la elección que los pacientes hacen del tratamiento institucional. Si tenemos en cuenta que la mayoría de los informantes forman parte de la demanda espontánea al hospital, un análisis de los pasos que los pacientes siguen hasta dar con la respuesta institucional expresa el lugar que ocupa la enfermedad dentro de la cotidianeidad de estos grupos sociales. A tal fin, recurrimos al esquema elaborado por Edward SUCHMAN para las fases de la enfermedad y la atención médica (1965) (CUADRO Nº 5).

Al desarrollar el proceso de atención de acuerdo a secuencias, a veces un poco mecánicas, se evidencian las distintas estrategias o conductas adoptadas en la búsqueda de la solución institucional a los problemas de salud. Del esquema original que graficamos a continuación, hemos recurrido a las cinco fases a saber: 1) la aparición de síntomas; 2) la adopción del papel de enfermo; 3) el contacto con la atención médica; 4) la adopción del papel dependiente de paciente y 5) el restablecimiento o la recuperación.

El modelo de SUCHMAN puede graficarse tal como lo indica el cuadro Nº 5, presentando las etapas de la carrera del enfermo; las diferentes acciones y las conductas involucradas en las mismas.

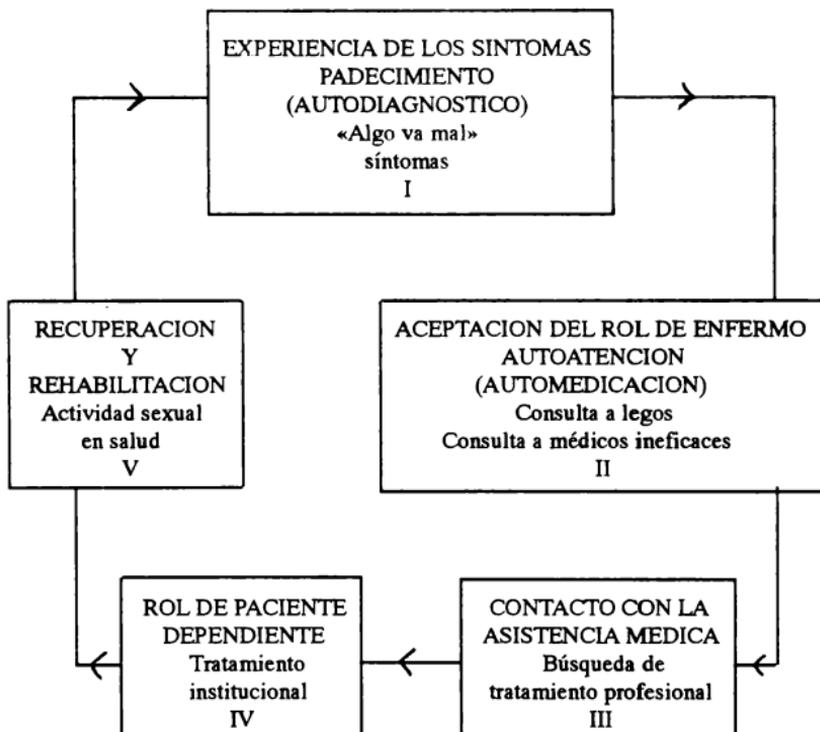
CUADRO N° 5
MODELO DE EDWARD SUCHMAN

	I	II	III	IV	V
E T A P A S	EXPERIEN- CIA DE LOS SINTOMAS	ACEPTACION DEL ROL DE ENFERMO	CONTACTO CON LA A- SISTENCIA MEDICA	ROL DE PACIENTE DEPEN- DIENTE	RECUPERA- CION REHABILI- TACION
D E C I S I O N	ALGO VA MAL	ABANDONO DE ROLES NORMALES	BUSQUEDA CONSEJO PROFESIO- NAL	ACEPTA- CION DE TRATA- MIENTO PROFE- SIONAL	ABANDONO DE ROL DE ENFERMO
C O M P O R T A M I E N T O	APLICA- CION DE FOLK ME- DICINA O AUTOME- DICACION	LEGITIMA- CION POR INDIVIDUO NO TECNI- CO	LEGITIMA- CION POR EXPERTO TECNICO	TRATA- MIENTO PROFE- SIONAL	SE REANU- DAN ROLES NORMALES

Fuente: SUCHMAN, Edward «Etapas de la enfermedad y el tratamiento médico» en: Journal of Health and Human Behavior 6: 114-128, 1965 (fotocopia traducida OPS)

CUADRO N^o 6

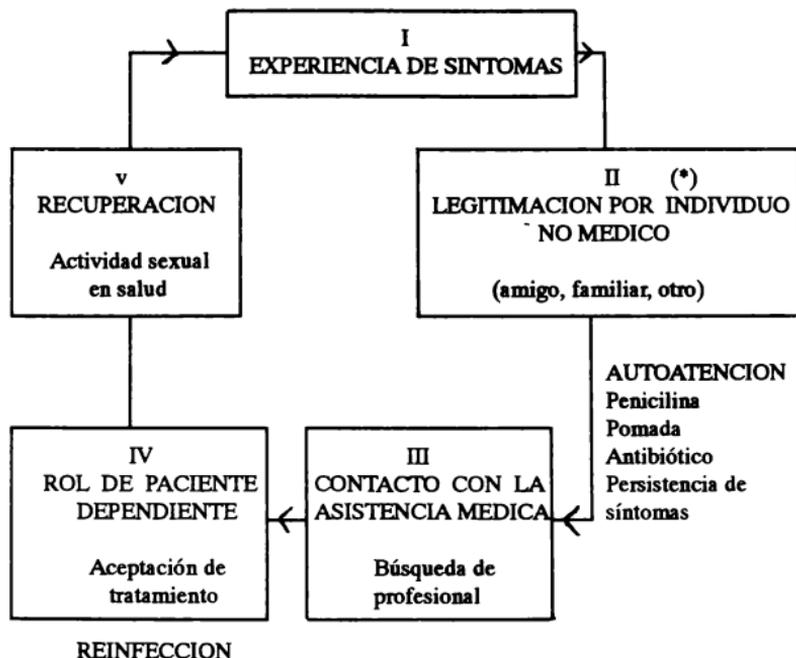
ESQUEMA DE SUCHMAN APLICADO A LAS ETS



En estas afecciones, la aparición de síntomas es necesaria para que los pacientes consideren que «algo va mal». La experiencia de los mismos podrá acelerar o retardar el tratamiento en el hospital que responde a la demanda de una población subocupada o desocupada, con obra social que no lo satisface o sin obra social (de acuerdo a la muestra observada).

A continuación presentamos el cuadro confeccionado para la sífilis primaria.

CUADRO Nº 7 SIFILIS PRIMARIA VARONES Y MUJERES



(*) Este paso desaparece entre los pacientes que tienen experiencia previa de la enfermedad.

Fuente: Información Antropológica. Trabajo de campo. Bs. As., 1987-88

El papel de la experiencia previa es fundamental por la prontitud con la que acuden a la consulta y la automedicación de penicilina que algunos efectúan. No obstante, la molestia que los síntomas ocasionan favorece que los pacientes hombres acudan con mayor frecuencia en el primer período de la enfermedad.

En el tema que nos ocupa, las fases de la enfermedad en el esquema de la atención médico/institucional brindó elementos para el análisis de la «experiencia de los síntomas». La **aparición de síntomas** y la búsqueda de atención médica es uno de los ejes de las campañas de educación para la salud en relación con las ETS. A menudo se denomina al paciente del hospital público de ETS como «mentiroso» o «indolente» por lo que haber indagado en la aparición de los síntomas y la búsqueda de un tratamiento institucional nos permitió abordar el proceso salud/enfermedad en términos de las prioridades socioculturales de los conjuntos sociales.

Por lo que la respuesta social a los problemas de salud-enfermedad es el resultado de una construcción social: saberes y prácticas que expresan relaciones sociales de desigualdad, instituyendo y consolidando un modelo hegemónico nos remite a distintos momentos históricos del proceso de construcción social del saber médico, a la apropiación y reelaboración que los grupos sociales llevan a cabo -vg. la etiología conjunta de la Sífilis y la Gonorrea-; a aspectos ideológicos más generales como la vinculación entre los géneros: «lo femenino» y «lo masculino» en tanto expresión de una moral «dominante» en una sociedad dada.

La segunda etapa: **aceptación del rol de enfermo** también expresa la peculiaridad de estas afecciones en las que el grupo social de la persona enferma desempeña un papel decisivo para tomar la iniciativa a buscar atención médica adecuada. Tal vez la denominación «aceptación del rol» no sea en absoluto la adecuada en tanto las ETS no impiden llevar a cabo los «roles normales», pero dificultan la actividad sexual e instalan el temor a la afección desconocida aunque presumible. En la **aceptación del rol de enfermo** juega un papel fundamental la prioridad de las ETS, frente a otro grupo de afecciones: son inhabilitantes en la función sexual, aunque no en todos los casos y expresan un obstáculo sólo para un pequeño grupo: a) los que no tienen pareja estable, en general varones, con gran actividad sexual: b) aquéllos para los que la detección de Sífilis (exámen de V.D.R.L.) implica un perjuicio para la obtención de la radicación en la Argentina, la posibilidad de un empleo o el poder casarse. Cabe entonces remarcar la importancia de las prioridades para expresar el «alarma» ante la afección y por consiguiente aceptar el rol de enfermo.

La tercera etapa: **contacto con la asistencia médica**, en este caso específico y por el sesgo particular de la unidad de observación seleccionada (consultorios externos del hospital «Sarmiento», denominación ficticia), evidencia que la muestra de pacientes seleccionada realiza una búsqueda de consejo médico no mediatizada en forma institucional (sobre 48 varones 24 llegan al servicio por indicación de «personas o conocidos» y 5 como contactos (nombre asignado a los contactos sexuales declarados por los pacientes infectados) de personas enfermas. Los derivados de otros hospitales o servicios sólo son 10. Esta proporción entre los que demandan atención y los que son derivados o enviados desde otras instituciones, se mantiene aunque en

forma menos diferenciada en el caso de las mujeres.

El rol de paciente dependiente es revelador en el caso que nos ocupa, cuya especificidad no está dada tanto por las ETS, cuanto por el carácter de la unidad de observación: consultorios externos de un hospital público del tercer nivel. Por tanto, los pacientes entrevistados son en general, los que acuden al hospital público para su atención ya sea: a) porque su obra social no es buena; b) porque no tienen obra social y c) porque el servicio tiene buena fama aunque sus obras sociales traten estas afecciones. Esta etapa caracterizada por una necesidad de tratamiento rápido que alivie la sintomatología molesta. Durante esta etapa es cuando se efectúan las reinfecciones, o no cura de los infectados por abandono de las prescripciones médicas ante la desaparición de los síntomas.

Por último, la recuperación o rehabilitación señala la finalización del tratamiento y la posibilidad de reanudar la vida sexual en salud. En esta etapa es cuando el personal médico pide controles médicos en los que se efectúan análisis de laboratorio y que difícilmente llegan a cumplirse debido a que los pacientes una vez curados dejan de asistir al servicio.

En estas afecciones, la aparición de síntomas es necesaria para que los pacientes consideren que «algo va mal». La experiencia de los mismos podrá acelerar o retardar el tratamiento en el hospital que responde a la demanda de una población subocupada o desocupada, con obra social que no los satisface o sin obra social (de acuerdo a la muestra observada).

El papel del conocimiento previo de la enfermedad es fundamental y está en relación con la rapidez con que acuden a la consulta o que recurren a la automedicación de penicilina. En consecuencia, la molestia que los síntomas ocasionan en la mayoría de pacientes hombres, permite que acudan con mayor frecuencia en el primer período de la enfermedad. La menor cantidad de mujeres, como lo reflejan las estadísticas puede deberse a que son tratadas en otros servicios, o porque para la mujer es más difícil (según nuestros datos) demandar atención por problemas en sus genitales. Esto nos hace presumir que no existe tal atención en otros servicios y que sumado a la condición asintomática de la Gonorrea y la Sífilis en las mujeres, se da este marco ideológico de lo sexual como expresión de una determinada caracterización del rol femenino en relación al rol masculino.

En el cuadro confeccionado para la Blenorragia, hallamos elementos semejantes a los observados para la Sífilis primaria, incluso más contundentes para varones porque sus síntomas son percibidos como más molestos, no siempre registrados por las mujeres: en este caso se la denomina «asintomática».

La referencia a la Beta lactamasa +, (Blenorragia que presenta resistencia a la penicilina y que se detecta por medio de cultivo y/o cuando fracasa el tratamiento prescripto), es importante para comprender ciertas representaciones acerca de la enfermedad. Desde el diagnóstico médico se puede pensar en principio en una nueva

infección (no cumplimiento de las indicaciones del tratamiento) que requiera otra prueba de laboratorio que demuestre la resistencia del gonococo a la penicilina administrada. Dentro de la representación colectiva acerca de esta enfermedad está presente que puede ser más leve: se administra sólo una inyección o más grave cuando se diagnostica una Beta lactamasa +.

Dejamos para el final aquellos casos en que la sintomatología desaparece: en la sífilis serológica o latencia denominada así porque ya no se percibe síntomas pero es contagiosa, ocurre a los 30 o 60 días del contagio. La presencia de sífilis serológica fue registrada sobre todo en los pacientes provenientes de la Dirección Nacional de Migraciones, éstos llegan con V.D.R.L. positiva, con títulos medianamente altos o altos. En su mayoría son paraguayos, en segundo término uruguayos, y por último chilenos y bolivianos, de acuerdo a los datos de la muestra obtenida. Todos admiten sentirse «fuertes» y por ende, el tratamiento es categorizado como traba burocrática para obtener la radicación (expresión de xenofobia encubierta). Al trabajar en forma ilegal quedan excluidos de los beneficios del aporte previsional o de las cargas sociales. En este caso concreto, la enfermedad es percibida como tal una vez conocido el resultado del laboratorio y aún así la sospecha queda instalada y se duda acerca de un diagnóstico veraz. Estos pacientes preguntan poco acerca de lo que tienen, sólo esperan el fin del tratamiento que les permita seguir con el curso de sus trámites.

La situación de las mujeres en relación a la Gonorrea es característica: generalmente son contactos de pacientes infectados. Graficamos a continuación este proceso. (Cuadro N° 8)

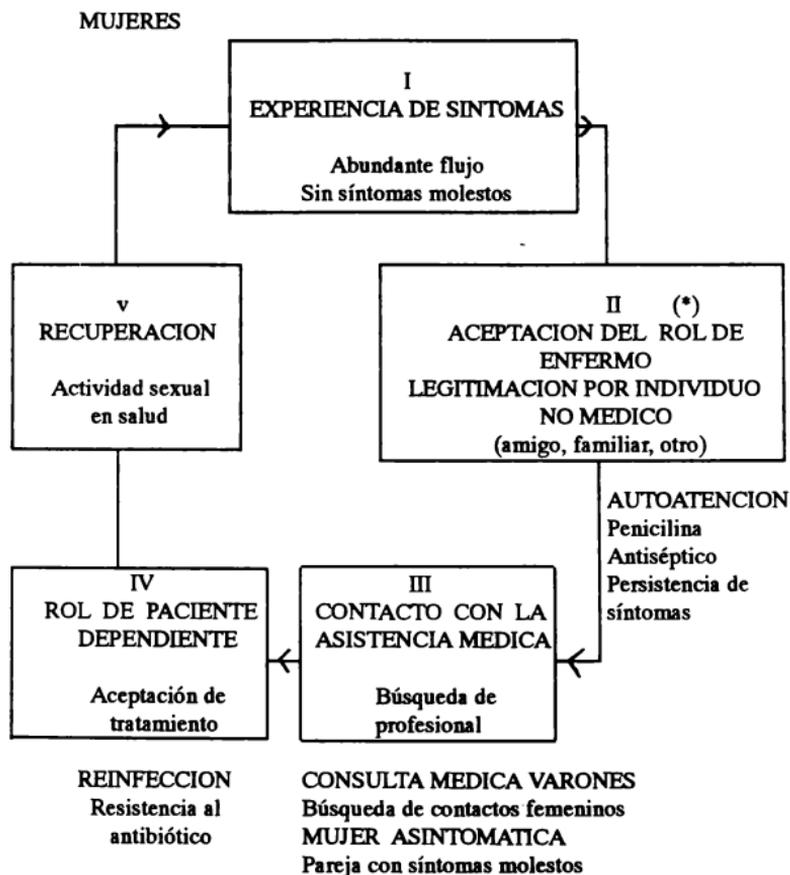
3. SINTESIS CONCEPTUAL

Retomando el material expuesto vale la pena remarcar que los datos provenientes de las estadísticas basadas en «casos» pueden darnos una idea de la incidencia y prevalencia de la enfermedad en un momento dado, sin embargo, y a riesgo de ser reiterativa, sólo muestran el «caso» quedando oculto el sujeto que lo padece.

Como observamos las estadísticas son una expresión de la construcción de las enfermedades y de los enfermos por parte del saber médico. Por tanto, privilegiar la medición en términos de diagnósticos y tratamientos de una población enferma, da por resultado la descripción de la enfermedad por sexo y edades. En otros términos sólo conduce a describir la afección desde su historia natural dado que los perfiles de población de acuerdo con las estadísticas son estrictamente biólogos, cuando no engañosos.

Pero las acciones en salud no se llevan a cabo sobre las enfermedades sino sobre los conjuntos sociales que las padecen. Para ello una caracterización de la población debería incluir indicadores que las describan; nos referimos a aquellos que permitan

CUADRO N° 8 BLENORRAGIA ASINTOMATICA



(*) Este paso desaparece entre los pacientes que tienen experiencia previa de la enfermedad.

Fuente: Información Antropológica. Trabajo de campo. Bs. As., 1987-88

dar cuenta de las condiciones de vida y de trabajo de los conjuntos sociales. Sabemos que el problema de las ETS se encuentra en todos los sectores sociales, pero sabemos también que los que tienen mayores recursos tienen más posibilidades de detectarlas y tratarlas pese a su costo. Esta situación cambia cuando los enfermos pertenecen a los sectores populares. En estos grupos la posibilidad de concebir hijos con sífilis congénita se ha tornado un problema vigente en la Argentina de los 90 y preocupante por lo evitable con medidas sanitarias idóneas.

La construcción social y la carrera del enfermo nos permiten abordar a la enfermedad como prioridad sociocultural; explicar los estadios o la situación en la que el paciente se presenta a la consulta refutando conceptos tales como la «ignorancia» o la «decidia» de los mismos. Al profundizar en las distintas fases de las enfermedades tal como las perciben los pacientes comprendemos el lugar de la salud/enfermedad en las prioridades sociales.

Por otra parte, y aunque escapa al análisis del presente trabajo, es menester no desestimar la importancia del nivel científico/técnico en la formulación de diagnósticos y tratamientos adecuados de la cual es responsable el personal médico/técnico. La necesidad de contar con diagnósticos precisos así como evaluar el impacto de la excesiva medicalización técnica a través del uso de fármacos en la lucha contra los microorganismos, son variables a tener en cuenta en el análisis epidemiológico de estas afecciones.

4. NOTAS

(1) Casos que notifican los servicios de atención de ETS para confeccionar las estadísticas. Se elevan en base a la incidencia o casos nuevos en una unidad de tiempo que puede ser por semana, mes y año.

(2) Al confeccionar la estadística no se ha discriminado la Gonorrea de la de «bacteria no viable», ambas figuran bajo la designación UG.

(3) «Estar podrido» (être pourri) según Herzlich está vinculado con la putrefacción animal -sangre menstrual- y la alteración en el orden de la naturaleza. «El horrible en este concepto es diferente del de la epidemia, pues no anuncia la muerte, sino que marca de por vida a quien la padeció, excluyendolo para siempre aunque esté curado. (HERZLICH, Cl., 1984: 110).

(4) Esta conceptualización, en sus aspectos centrales, nos remite a un momento de la

construcción médica en que se consideraba a la Sífilis y a la Gonorrea como la misma enfermedad. Hecho superado en 1837 por Felipe Ricord, quien confirmó estas dos afecciones como diferentes. (COSTA, F.E. 1977).

5. BIBLIOGRAFIA

CONRAD, Peter «Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social» en: INGLEBY, David **Psiquiatría crítica, La política de la salud mental**. Barcelona. Ed. Grijalbo. 1982

COSTA, Enzo F. **Historia de la Sífilis y de los hombres que lucharon contra ella**. Bs. As. Eudeba. 1977

HERLIZCH, Claudine y PIERRET, Jeanine, **Malades d'aujourd'hui de la mort collective au devoir de querison**. París, Ed. Payot. 1984

McNEILL, William, **Plagas y pueblos**. Madrid, S. XXI. 1984

MENENDEZ, Eduardo, **Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán**. La Casa Chata.; CISINA, México. 1981

MERCER, GRIMBERG y otros, **Condiciones de salud y respuesta social**. Informe subsidio F1-025. UBA. 1988

Lucha contra las enfermedades de transmisión sexual. OMS. Ginebra. 1985.

SUCHMAN, Edward, «Etapas de la enfermedad y el tratamiento médico» en: **Journal of Health and Human Behaviour**, 6: 114-128, (fotocopia traducida Organización Panamericana de la Salud -OPS-).