



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA

Tesis Maestría en Sociología

**La construcción del cuerpo humano, desde la perspectiva
de la medicina con respecto al virus papiloma humano
(HPV) y la sexualidad.**

Un estudio sociológico sobre la mirada de médicos y médicas
con respecto al HPV y la sexualidad en Montevideo –
Uruguay, entre los años 2018 y 2022.

Nicolás Bruno Guedes
Tutoras: Susana Mallo y Marcela Schenck

2022

Dedicatoria

Dedico este trabajo, en primer lugar, a la memoria del profesor. Mag. “Carlitos” Basilio Muñoz, en cuyas clases aprendí a ir más allá de las teorías dadas en la licenciatura. También descubrí, gracias a él, otra forma de hacer sociología.

En segundo lugar, dedico este trabajo a la memoria de mi compañera de carrera y amiga de estudios, Romina Illescas.

Finalmente, dedico este trabajo, junto con mi agradecimiento, a mis padres, Judith Guedes y Enzo Bruno; gracias por su apoyo y cariño.

Agradecimientos

Quiero comenzar agradeciendo a mi tutora, Susana Mallo, quien estuvo ahí para mí siempre, en este proceso arduo, que fue como una montaña rusa, con sus partes buenas y sus partes no tan buenas. Le agradezco por sus consejos, sus críticas constructivas y por creer en mi investigación desde el día cero, y ayudarme a encontrar mi voz propia como investigador.

Agradezco a mi co- tutora Marcela Schenck, por los consejos y bibliografía dados en este proceso, por las charlas que compartimos y que posibilitaron que esta investigación pudiera tener su forma final.

Estoy agradecido también con la Facultad de Ciencias Sociales, y con el Departamento de Sociología, que me permitieron seguir avanzando y construyéndome como investigador y profesional. Agradezco a todos los docentes de la Maestría en Sociología, y hago una mención especial a los docentes Dr. Marcos Supervielle; Dra. Mariela Quiñones y Dr. Pablo Hein. Por sus aportes sobre la tarea que me proponía a realizar.

Quiero agradecer enormemente a mis entrevistados y entrevistadas, que brindaron su tiempo y su espacio de trabajo para que yo pudiera realizarles las entrevistas. Haciendo una mención especial a la Dra. Carmen Aguiar, que estuvo predispuesta en colaborar conmigo en esta investigación desde el primer día.

Agradezco a mi novio, Rodrigo Gómez, por alentarme en este proceso arduo que significó esta investigación de tesis, y leer todos mis borradores.

Quiero agradecer también a: Carla Varlotta, Romina Nieves, Santiago Rius Herrera, Cecilia López, mi tía Mabel Cáceres, Mary de Armas, Gustavo Carraballo, Andreina Barreto, Federico Pons, Stephanie Ayllón y Virginia Alonso.

También deseo agradecer a la Biblioteca de Facultad de Medicina y sus bibliotecarios, que fueron de gran ayuda a la hora de poder leer material científico médico sobre HPV, para nutrirme para esta investigación.

Resumen

La presente investigación de carácter cualitativo se encuadra en la sociología de la medicina, tomando principalmente los aportes teóricos de Judith Butler y de Michael Foucault. El objetivo es describir y conocer cómo se construye el discurso médico-clínico en torno al HPV en nuestro contexto actual, a través del relato de los médicos tratantes y sobre el abordaje en consultorio con quienes consultan por haber contraído el virus.

En esta investigación se describen y analizan las percepciones de médicos y médicas, a partir de su discurso respecto al HPV, que realizan su práctica en Montevideo. Se toma como referencia a los años que van de 2018 hasta 2022, siendo éste el período en que se realizó el trabajo de campo con profesionales de la salud.

Se realizó un diseño de investigación cualitativo, donde se recaudó información de campo, a través de entrevistas semi abiertas, las cuales se realizaron a médicos/as que, a través de sus especialidades, tienen contacto con pacientes que son portadores del HPV. Siendo las especialidades: medicina general, dermatología, ginecología, otorrinolaringología, proctología, infectología y a dos doctoras gastroenterólogas que se especializaron en HPV.

A la vez, con posterioridad al cierre del trabajo de campo con médicos/as, se realizaron entrevistas con pacientes portadores/as del HPV, con respecto a cómo ellos y ellas percibieron la relación con el médico desde el primer diagnóstico hasta la actualidad. Describiéndose a través de los discursos de quien trata al cuerpo enfermo y a quién le pertenece dicho cuerpo. En una segunda instancia a través de vivencias de las/los pacientes, y a través de entrevistas que se les realizaron; se conoció cómo vivieron el proceso en el que se les diagnosticó HPV y la etapa posterior al mismo.

Palabras Clave

HPV- sexualidad- VIH/ Sida- biopoder- médicos- Facultad de Medicina.

Abstract

This qualitative research is framed in the sociology of medicine. Taking mainly the theoretical contributions of Judith Butler and Michael Foucault. The objective is to describe and learn how the medical-clinical discourse around HPV is constructed in our current context, through the story of the treating physicians and about the approach in the office with those who consult for having contracted the virus.

This research describes and analyzes the perceptions of male and female doctors, based on their discourse regarding HPV, who carry out their practice in Montevideo. The years between 2018 and 2022 are taken as reference, this being the period in which the field work was carried out with health professionals.

A qualitative research design was carried out, where field information was collected, through semi-open interviews, which were carried out with doctors who, through their specialties, have contact with patients who are carriers of HPV. Being the specialties: general medicine, dermatology, gynecology, otorhinolaryngology, proctology, infectology and two gastroenterologists who specialized in HPV.

At the same time, after the end of the field work with doctors, interviews were conducted with patients who were carriers of HPV, regarding how they perceived the relationship with the doctor from the first diagnosis to the present. Describing himself through the speeches of who treats the sick body and to whom said body belongs. In a second instance through the experiences of the patients, and through interviews that were conducted; it was known how they experienced the process in which they were diagnosed with HPV and the stage after it.

Keywords

HPV- sexuality- HIV- AIDS- biopower- doctors- Faculty of Medicine.

Índice

Introducción	6
El problema de investigación	8
Justificación.	11
Marco Teórico	13
Virus del HPV	26
El HPV en la Organización Mundial de la Salud.	27
La relación entre los virus del HPV y el del VIH en Uruguay.	28
Datos cuantitativos relevantes sobre HPV y cáncer en Uruguay.	30
Cuando se comenzó con esta investigación una de las primeras cuestiones en salir a la luz fue la escasa a nula información cuantitativa sobre casos generales de HPV en nuestro país. Se realizó una búsqueda exhaustiva en la red de las bibliotecas de la UdelaR, se hizo una búsqueda con los buscadores Google académico y Timbó. También se consultó a entrevistados expertos en HPV, para poder acceder a información científica- academica sobre el tema, y se buscó en la página web del MSP.	30
Los lineamientos del Ministerio de Salud Pública (MSP) sobre el HPV.	31
VIH-Sida en Uruguay.	32
Antecedentes	34
Homosexualidad, VIH-Sida y el Estado en Uruguay.	34
Antecedentes sobre el discurso médico en la práctica y su relación con la sexualidad y las ETS.	41
Antecedentes sobre investigación médica.	45
Antecedentes investigaciones sociales sobre HPV.	47
Antecedentes investigaciones sociales sobre VIH-Sida.	49
Hipótesis	60
Objetivos	62
Dimensiones de Análisis.	63
Estrategia metodológica	64
Análisis metodológico.	66

Campo.	67
Análisis de datos cualitativos	70
Primera dimensión de análisis, relación entre VIH-sida con respecto al HPV.	71
Segunda dimensión de análisis, relación del médico con el paciente.	75
Tercera dimensión de análisis, conocimiento del médico con respecto al HPV.	80
Cuarta dimensión de análisis, vacuna contra el HPV.	87
Quinta dimensión, Experiencia vivida y la percepción con la relación con el/la médico/a tratante.	90
Conclusiones	94
Conclusiones en torno a la primera hipótesis.	95
Conclusiones en torno a la segunda hipótesis.	96
Conclusiones en torno a la tercera hipótesis.	98
Conclusiones en torno a la cuarta y última hipótesis.	102
Consideraciones finales.	102
Bibliografía	106
Anexo	113
Anexo 1	113
Anexo 2	115

Introducción

En el siguiente trabajo de tesis de maestría, que se enclava en la sociología de la medicina, nos acercaremos a una investigación que se realizó para describir cómo es la relación entre los médicos montevideanos (que trabajan tanto en centros públicos como privados de salud), y sus pacientes consultantes por el virus del papiloma humano (de ahora en más, HPV). Vale aclarar que dicha consulta se da porque el paciente ya es portador del virus o porque asiste por prevención. También nos acercaremos a las visiones que dichos médicos tienen sobre la sexualidad de las personas, los factores sociales que estos temas involucran y cómo se dejarían entrever desde la formación recibida en la Facultad de Medicina.

Para esta investigación se tomó la decisión sociológica y metodológica de entrevistar a médicos y pacientes. Los primeros por ser quienes poseen el conocimiento clínico con respecto al HPV, el cual les da la legitimidad y el poder sobre el cuerpo de los pacientes, y los segundos por ser receptores de dicha atención.

Las/los médicos entrevistados/as para esta investigación se han especializado en: medicina general, dermatología, ginecología, urología, gastroenterología, otorrinolaringología, proctología y epidemiología. Se buscó, por un lado, que quienes hablarán en esta investigación fueran médicos y médicas clínicas, por entender que son quienes directamente tratan con usuarios y usuarias del sistema de salud, por lo que sus percepciones sobre el tema impactan directamente sobre la calidad de la atención que estos reciben. A su vez, se buscó heterogeneidad en las disciplinas clínicas, con el objetivo de contemplar las diversidades en la práctica a partir de las especificidades disciplinares.

Así, el objetivo general en la primera instancia de esta investigación, es el de describir y analizar las percepciones que médicos y médicas que realizan su práctica en Montevideo tienen con respecto al HPV, a partir de su discurso. Se buscó para ello tener un abordaje desde la actual práctica clínica, por lo que el trabajo de campo se ubica entre los años 2018 y 2021. En segunda instancia se realizaron entrevistas a pacientes que tuvieron HPV para conocer su percepción respecto al trato con los médicos.

Utilizando un enfoque foucaultiano y los postulados de sexualidad y cuerpo de Judith Butler, la investigación profundizará, en primer lugar, sobre cómo la esfera médica y cómo los médicos se relacionan con un virus de transmisión sexual (en este caso el HPV) y con sus pacientes consultantes (particularmente, portadores). En segundo lugar, se espera observar cómo, a partir de dicha relación, el conocimiento y el discurso médico inciden sobre el propio cuerpo y la sexualidad en general y la de sus pacientes en sí.

A lo largo del proyecto se entrelazan diversos conceptos que irán guiando al lector/a, haciéndole reflexionar sobre el tema. Tales conceptos son los de la construcción social de la sexualidad y el cuerpo sexual (el propio M. Foucault, junto con Ph. Ariés y luego J. Butler), y el conocimiento de los médicos y su influencia en sus pacientes (A. Guidens). La construcción de estos elementos en el entorno social va a llamar nuestra atención también sobre los conceptos de “desecho” y “resto” (de E. Rinesi), el de “estigma” (de I. Goffman) y sobre diversas particularidades históricas de nuestro país (de la mano del historiador J.P. Barrán).

Se utilizó bibliografía de sociología de la medicina para este trabajo, desde los aportes de R. Castro a J. A Rodríguez, entre otros autores.

Sí se encontraron antecedentes sobre VIH-Sida, habiendo investigaciones en todas las áreas de las ciencias humanas en general. Siendo esto relevante por el hecho que el VIH es un virus de transmisión sexual, como el HPV, y a los dos virus se les atribuyen características similares a la hora de cómo se transmiten y qué población está en riesgo de ser portadores.

Para facilitar el entendimiento del HPV, accederemos, en la sección de Antecedentes, a información médico-científica sobre dicho virus y también sobre el VIH-Sida, dado que, como se verá, se ha convenido desde la medicina en establecer una relación entre ambos virus. En el marco teórico el lector encuentra teoría que aborda la medicina, la sociología de la medicina en sí, y hasta fundamentos teóricos del poder de la medicina, el cuerpo y la construcción del mismo.

Por último, a través de entrevistas semi-estructuradas realizadas a pacientes que tienen HPV, conoceremos como fue su experiencia con el virus, y la atención de los médicos tratantes.

El problema de investigación

En esta investigación se abordan los modos mediante los cuales la medicina ejerce el biopoder (Foucault, 1976; 1978; 1979; 1984) en relación con el cuerpo y la sexualidad de las personas que asisten a la consulta médica por el virus del papiloma humano (HPV), de acuerdo con los discursos de las y los propios médicos, en Montevideo entre 2018 y 2021. En ese sentido, la consulta médica será considerada como el lugar en el cual la mirada y la palabra de los médicos y los pacientes confluyen para que la vida genérica de estos se configure como un objeto de intervención de la práctica médica, como establecen teóricamente tanto Foucault como Zola, viendo a la medicina como una institución de control social, que abarca las distintas etapas de la vida del individuo y sus estados en las mismas. De esta forma, la relación del médico con el paciente no se reduce a la neutralidad y desinterés de un discurso puramente científico, sino que, al mismo tiempo, éste se relaciona con el paciente, estableciendo una relación de poder cuyas modalidades es necesario analizar. Para ello estudiaremos el contenido del discurso de médicos (medicina general y especialidades), en ejercicio de su profesión en la capital de nuestro país y en relación con tratamientos contra el HPV¹.

Además de los postulados antes mencionados, se utilizará lo aportado en los trabajos de J. Butler, enfocados en la construcción del cuerpo y sexualidad.

Así, el problema que esta investigación busca abordar puede resumirse en la siguiente formulación:

¿Cuál es el discurso que médicos y médicas que realizan su práctica en Montevideo tienen con respecto al HPV?

Para ello, debemos desplegar este problema en una serie de interrogantes específicas que permitan dar cuenta de sus múltiples aspectos. Dicha serie puede formularse esquemáticamente cómo: una primera pregunta por la construcción del médico como enunciador del discurso médico y su ejercicio de biopoder, una segunda pregunta por la

¹ Medicina general, dermatología, proctología, ginecología. Además: Se entrevistaron a dos doctoras especialistas (mentora y discípula) directamente en HPV.

construcción del objeto de la medicalización posible y, por último, una pregunta por la articulación entre discurso y mirada en un espacio privilegiado.

En primer lugar, teniendo en cuenta que en la actualidad montevideana el virus del HPV tiene una repercusión sobre una indeterminada² cantidad de personas sexualmente activas, siendo los médicos tratantes quienes pueden determinar las acciones destinadas al tratamiento contra el virus. Siguiendo el planteo de Foucault (1963; 1976) según el cual la medicina ejercería una modalidad específica de poder y elaboraría una cierta cosmogonía social a partir de una herencia de la doctrina cristiana, en la presente investigación se entiende como necesario abordar el modo por el cual, en el contexto específico de Montevideo, la práctica médica es atravesada por enunciados que circulan en el medio cultural en el ella que tiene lugar, conformando un trasfondo de pre nociones que articulan la mirada y las opiniones de los médicos sobre el HPV y la sexualidad de los pacientes. En este sentido, este trabajo debe abordar la siguiente pregunta específica:

¿Bajo qué formas el discurso de los médicos y su forma de aproximarse a la sexualidad humana y al tratamiento del HPV en el consultorio, se encuentra influido por prenociones culturales, morales o religiosas? A su vez, teniendo en cuenta el contexto socio-histórico de la emergencia del HPV como un problema de salud pública en Uruguay, es necesario que esta pregunta específica permita dar cuenta de la opinión de los médicos respecto a la vacunación.

Por otra parte, en paralelo a la pregunta anterior, que refiere a la formación del discurso de los médicos y su modo de aproximarse al HPV y la sexualidad de sus pacientes, es necesario problematizar cómo se ha construido el HPV como objeto a la vez epistémico y práctico. En ese sentido, intentaremos analizar en términos histórico-comparativos cómo la construcción del HPV en tanto objeto medicalizable, ha ido en paralelo con la estigmatización de determinadas prácticas sexuales. En primer lugar, es necesario plantear un paralelismo con el caso del VIH. De una parte, en términos históricos durante la década de los 1980 y 1990,

² se realizó una exhaustiva búsqueda de datos cuantitativos para conocer el porcentaje de la población montevideana que tiene HPV (así como se realizó para el caso del VIH-Sida en todo el territorio nacional, sobre el cuál se extrajeron datos que son incluidos en este trabajo), pero dicha búsqueda fue infructífera. Como se verá más adelante en la sección de Análisis de Campo, todos los médicos entrevistados, especializados en áreas que se relacionan con estudios sobre HPV, han comentado que no se cuenta con datos exactos de personas que tienen dicho virus y, por lo tanto, se desconoce también en qué estado se encuentra la infección.

el VIH-Sida fue generalmente tratado como una enfermedad relacionada con prácticas sexuales fuera de la heteronormatividad y, por ende, altamente estigmatizada. Por lo tanto, constituye un antecedente que permite ilustrar el nexo entre la formación de un objeto del discurso de los médicos con el ejercicio del biopoder sobre determinadas poblaciones consideradas anormales. De otra parte, dicha comparación resulta relevante para comprender los mecanismos actuales de delimitación del HPV como objeto medicalizable pues, dentro del discurso de los médicos se ha mantenido una especie de proximidad enunciativa con el VIH. De hecho, la propia OMS, e investigaciones realizadas en nuestro país, mantienen esta relación entre los virus del HPV y del VIH-Sida. En segundo lugar, resulta relevante destacar y abordar cómo el HPV es enfocado usualmente, o casi exclusivamente, como causante del cáncer de cuello de útero³. Es decir, se tiende a feminizar el virus, acentuando aún más los mecanismos de normalización y estigmatización de las sexualidades no heteronormativas. Pareciera que la mirada médica solo puede enfocar el HPV o bien en el devenir-mujer del cuerpo del paciente, o bien en su devenir-anormal, determinando así una síntesis disyuntiva excluyente entre la sexualidad y sus márgenes⁴, una restricción de la sexualidad a la reproducción. En resumen, la segunda pregunta específica sería la siguiente:

¿Cómo y en medio de qué articulaciones discursivas se construye el HPV a la vez como objeto medicalizable y mecanismo de normalización de prácticas por fuera de la heteronormatividad?

Por último, debemos preguntarnos cómo se construye un espacio en el cual se pueda desplegar la mirada médica y a través de ella el ejercicio del biopoder médico sobre el HPV. En este espacio a la vez óptico y discursivo emerge el problema de la verdad del HPV como virus, y de la sexualidad de los pacientes que asisten a la consulta. Asimismo, veremos cómo existen diferentes distorsiones entre la mirada y el discurso que hacen que dicha producción de la verdad esté atravesada por elementos no dichos y no vistos, que escapan a la representación médica. En resumen, la tercera pregunta específica podría enunciarse como sigue:

³ La Ley 17.242 del año 2000 establece que las mujeres tienen un día libre pago para la realización, en un centro de salud, de los estudios Papanicolau y mamografía. IMPO. <https://www.impo.com.uy/cancerdeuteroymamas/>

⁴ El concepto de devenir-mujer y de síntesis disyuntiva excluyente lo tomamos de Deleuze y Guattari (1972, 1980).

¿Cuáles son las modalidades según las cuales la mirada y el discurso médicos se articulan en la consulta, conformando un espacio de enunciación de la verdad del HPV apto para el ejercicio del poder sobre los cuerpos de los pacientes, desde el discurso de los propios médicos?

Justificación.

Esta investigación se posiciona en un contexto nacional que hace muy relevante el abordaje de un fenómeno atravesado por una paradoja inquietante. A saber, un virus que al mismo tiempo que se encuentra altamente generalizado en la población, y por lo tanto, afecta directa o indirectamente la construcción de la vida sexual de las personas, se encuentra, por otro lado, sumido en una neblina de desconocimiento, inquietud y parcialidad. Este tipo de paradojas, son las que producen el asombro en todo aquel que busque estudiar los fenómenos sociales.

El virus del HPV, como hemos destacado se estima en cerca del 90% de la población sexualmente activa. En la actualidad, en Uruguay, se realizan de forma generalizada estudios de detección temprana del virus a la población femenina mediante programas que sólo abarcan la prevención de cáncer de cuello de útero.

Si bien uno de los métodos más importantes para combatir el virus del HPV es la vacunación de las adolescentes hasta los 12 años, este mecanismo fue ofrecido en forma restringida desde el año 2013 y de forma gratuita recién a partir del año 2016. Más aún, en el caso de la vacunación de niños y adolescentes varones, esta situación no se aplicó sino hasta el año 2019. De esta forma, es destacable que el Estado uruguayo demoró cinco años en tomar al HPV como un asunto de importancia para la sociedad en general.

Es importante para el investigador, en este caso, conocer cómo el contenido del discurso médico afecta la realidad sobre un virus ampliamente diseminado entre la población sexualmente activa (contemplando también otros casos, como bebés que han nacido a través de un canal de parto con lesiones causadas por HPV y víctimas de violación⁵). Asimismo, resulta relevante estudiar cómo se podría relacionar dicho discurso con las

⁵ Esto surge de las entrevistas realizadas a los/as médicos.

diferencias entre niñas y varones a la hora de la vacunación, chequeos y tratamientos; y las contemplaciones médicas ante casos de pacientes que mantienen relaciones sexuales con personas de su mismo sexo.

El discurso y el saber médico, en este caso, en referencia a un virus en general desconocido por el grueso de la población, podrían devolverle al médico un poder sobre el cuerpo y la sexualidad en un contexto contemporáneo que, en el decir de Rodríguez (1987), contempla hoy una relación más igualitaria entre el médico y el paciente.

En síntesis, esta investigación de posgrado es relevante para el campo de la sociología de la medicina, en particular para aquella que estudia al discurso médico como una institución de control social (Foucault(1976;1978;1984;1999); Zola, 1999), y aspira a aportar información en relación al discurso que se genera en torno a un virus poco explorado desde esta perspectiva en nuestro contexto.

Marco Teórico

Como plantea P. Bourdieu (1982), el investigador en sociología debe estar atento a la realidad y a la construcción que se desea imponer de la misma. La cual muchas veces, para no decir siempre, es impuesta por quien tiene el poder, el que puede hablar con fuerza y no por quienes son invisibilizados, quienes están sujetos a este discurso pre construido e impuesto.

El sociólogo debe practicar *aletheia*. Esto significa sacar los velos para llegar a lo más cerca que se puede de la verdad, como hacían los antiguos filósofos griegos, y no quedar con lo que imponen quienes tienen el poder de construir una versión de la realidad.

A continuación, se realizará el despliegue conceptual de los problemas que guían el presente trabajo de tesis, los cuales fueron expuestos previamente. Para ello, dividimos el marco teórico en cuatro partes. Desarrollar en qué sentido son partes: aclaración lógica de los problemas y su articulación.

En primer lugar, se explicará la articulación conceptual que constituye el núcleo del problema general de este trabajo. A saber, la relación entre la mirada médica y el ejercicio del biopoder. Por lo tanto, este apartado tendrá un cariz un tanto general sobre el modo en que enfocaremos conceptos claves como poder, Estado, medicina y sexualidad.

Posteriormente, los siguientes tres apartados intentan desarrollar de forma más concreta dichos conceptos, en relación con los problemas específicos.

Como se desprende de nuestro problema general, nuestro enfoque para abordar la cuestión del HPV en el Uruguay descansa en la forma en que articulamos los conceptos de mirada médica y biopolítica. En torno a dicha articulación girarán el resto de las herramientas conceptuales que serán utilizadas aquí: Poder, cuerpo, estado y sexualidad, serán problematizados desde el espacio donde el discurso y mirada se compenetran para hacer posible el sutil escrutinio del médico sobre el malestar del paciente.

En primer lugar, debemos plantear la siguiente cuestión: ¿En qué sentido decimos que la medicina implica un determinado ejercicio del poder?

Existe una concepción tradicional del poder la cual lo estudia a partir del concepto de Estado, y que constituye uno de los principales obstáculos para abordar la cuestión de un ejercicio

del poder médico. Sobre el concepto de Estado hay muchas definiciones de variada complejidad. Comúnmente, se suele usar ese vocablo como sinónimo de gobierno y de administración pública.

Según J. Ferrater Mora, la visión clásica aristotélica del Estado comprendía “la mejor organización de la sociedad (...) aquella forma o articulación de los individuos y de las clases sociales que permite realizar en la medida de lo posible la idea de la justicia, dando a cada uno lo que de derecho le pertenece” (Ferrater Mora, 1986; p. 1027). Por otro lado, ya observando concepciones más contemporáneas del concepto, surgen las figuras de territorio (superficie, subsuelo, espacio aéreo, masas de agua interiores y territorios marítimos), población (pudiendo conformar una Nación, concepto que sugiere una cierta cantidad de características comunes entre los individuos) y la organización legislativa de dicha población. (Legnani, 2014; p. 857).

Tal vez, una de las definiciones más acabadas y generalizadas del concepto de estado siga siendo la propuesta por Max Weber, según la cual la coerción es fundamental a la hora de comprender la organización del Estado. En palabras del autor, se entiende por Estado la “comunidad humana que reclama el monopolio del uso legítimo de la fuerza física dentro de un territorio determinado” (Weber, 1979; p.92). En este caso, las ideas de fuerza y poder cobran un valor predominante en el marco de la organización exclusiva y monopólica de la población dentro del territorio. En este último punto entra en discusión la forma de organizar un Estado, tema en el que tampoco nos detendremos, pero que nos permite regresar a la idea común de éste como gobierno o administración pública. Resaltemos aquí que, desde la definición de Ferrater Mora hasta la de Weber, un punto central en la idea del Estado es la de la organización de la sociedad como una razón sine qua non. Ello nos sugiere todo un aspecto de formas, criterios y hasta de juicios de valor; que entrarán en juego a la hora de organizar dicha sociedad.

Ahora bien, dicha concepción monopólica y estatista del poder, no permite captar su división y dispersión en una gran cantidad de espacios, por ejemplo, una modalidad de poder específicamente médica no reducible al Estado. En ese sentido, Foucault sostiene que el Estado no es una entidad única que ejerce control sobre las personas. Esta visión microfísica del poder postula al Estado como una “práctica” en lugar de una cosa en sí misma, lo cual no sólo incrementa la complejidad del concepto, sino que necesariamente hace que la

comprensión de la distribución del poder en el ámbito social sea alcanzada por medio de un análisis más minucioso. Es así que, en tanto organización del espacio social dentro de un Estado, Foucault no habla de poder concentrado, sino de una gran cantidad de espacios de “micropoder”. No se trata de un poder centralizado que aprueba leyes y castiga, sino de la conjunción entre diferentes formas de poder en la sociedad⁶.

Cabría preguntarse, teniendo en cuenta la idea del control de la sociedad (entendiéndose esta como la población de un territorio) que hemos visto en los párrafos anteriores, de qué manera se espera controlar dicha sociedad desde los diversos espacios de “micropoder”. Si seguimos al filósofo francés en su planteo, al no ser ya el Estado una cosa en sí misma, sino una práctica llevada a cabo por, llamémosle, un conjunto de “micropoderes”, parece muy sensato pensar que cada uno de ellos ejercerá cierto control sobre la sociedad en un área determinada.

El área que nos compete en este estudio es el de la sexualidad de las personas. Aquí nos enfrentamos a otro concepto complejo que abarca desde la esfera individual (la orientación sexual, la salud del individuo, el entendimiento del propio cuerpo desde la perspectiva sexual) hasta la esfera social (el contacto sexual entre personas, la sexualidad vista desde la cultura, etc.). Por lo tanto, cabe preguntarse:

¿Cómo el Estado y la medicina (entre otras) a través de sus diferentes estructuras ejercen los micropoderes sobre las personas y su sexualidad?

Uno de los pioneros en arrojar luz sobre la relación entre el poder y la sexualidad fue el propio Foucault quien acuña el concepto de “biopoder” en sus cuatro tomos de “Historia de la sexualidad” (1976; 1984) y de su “Nacimiento de la Biopolítica” (1978-1979). El biopoder (M. Foucault, 1979), se ejerce sobre el cuerpo de los individuos y sus relaciones con otros en el ámbito social, mediante dos vías de acción, una individual y la otra social. En su aspecto más social, el biopoder da lugar a la biopolítica, o sea, el control que se ejerce sobre todos los individuos desde su nacimiento hasta su muerte, en referencia a un contexto social. Ello, claro está, incidirá sobre cualquier otra actividad de convivencia en la sociedad⁷. El estudio de estas formas de control resulta relevante, no sólo por su capacidad de moldear los

⁶ Foucault llega a estas conclusiones tras un análisis de cambios históricos en torno a la naturaleza de los distintos gobiernos (entendemos que esencialmente europeos), ocurridos entre el siglo XVI y el XX.

⁷ Por ejemplo, podría verse la acción del biopoder y la biopolítica incluso sobre aspectos como los modos de producción del sistema económico, desde la búsqueda por obtener un cuerpo sano y productivo, útil a las necesidades de la economía.

comportamientos humanos, sino, además, y muy especialmente, por su capacidad coercitiva ante el incumplimiento de esas normas de comportamiento.

En el caso de la medicina, el biopoder es ejercido sobre el cuerpo vivo del individuo y de las poblaciones. El biopoder construye la sexualidad y la moldea en función de un ideal, que considera al acto reproductivo como su único fin, excluyendo la sexualidad del placer sin otro fin. La natalidad y la salud (esto abarca hábitos higiénicos, vacunación, etc.) son otros aspectos importantes que estarían sometidos a este concepto.

Históricamente hablando, la sexualidad (vista mayoritariamente desde la esfera social) se construiría a través del tiempo y estaría subyugada primero a la religión y luego, de manera laica, a la medicina, tal como establecen los autores Ariés y Foucault⁸. Dentro de la esfera estatal, la medicina será la encargada no solamente del cuidado de los cuerpos y la salud de la población, la parte más básica de nuestra sociedad, que son los individuos desde lo físico (Castro, 2011); sino también de hacer conocer las normas de comportamiento esperadas en relación a la sexualidad⁹.

El cuerpo humano ha sido tratado y construido a partir de un sinfín de significados a lo largo de la historia, dependiendo de la idea hegemónica de cada momento (M. Foucault; Ph. Ariés: 1982). En occidente este proceso habría comenzado desde la religión, sobre todo con la doctrina cristiana, en la que el cuerpo era sometido y construido como una simple vía de alabanza de lo divino. En referencia al cuerpo sexualizado, la iglesia habría también determinado un canon de lo que era aceptable hacer con ese cuerpo y con esa sexualidad humana¹⁰. Así, por ejemplo, la virginidad del cuerpo de la mujer era vista como un bien deseado y la pérdida de esta pureza sólo era aceptable dentro del contexto del matrimonio celebrado por y para la iglesia, confinado la sexualidad a la reproducción humana, con el único fin de engendrar hijos legítimos y sanos para la familia y la iglesia misma.

⁸ Foucault (1976) plantea que el ser humano vivía su sexualidad con mayor libertad. Ello sucedía, en occidente, cuando el cristianismo aún no estaba formado y no tenía el poder político y social que luego construiría, llevando sus creencias a todos los aspectos de la vida, incluida la propia sexualidad humana. Un claro ejemplo del control ejercido por el cristianismo sobre la sexualidad se aprecia en la época victoriana (entre el año 1837 y 1901). Por aquel entonces la sexualidad se concentraba, moralmente hablando, en lo que “se debe hacer”. La reproducción de la especie debía primar sobre los instintos y la búsqueda de los placeres.

⁹ La sexualidad desde su esfera individual está también sometida al conocimiento y a lo que a través de la historia se establece desde el saber médico en sus múltiples manifestaciones. El propio cuerpo del paciente es objeto de constante sujeción. Tal realidad es patente en las prácticas y cuidados que debe observar la persona en su vida en general, desde la prevención de enfermedades hasta la hora del relacionamiento sexual (Foucault, 1976).

¹⁰ Como se puede apreciar en los cuatro tomos de sexualidad de M. Foucault. (1976; 1984; 2018).

J. Butler (1990) retoma los postulados de M. Foucault sobre la construcción del cuerpo, y nos habla de lo que es un cuerpo deseado, sano, aceptado por la sociedad. Este cuerpo también es construido por la medicina, como lo es la sexualidad, en todo lo que atañe a la persona, en lo que es su yo físico y mental. La misma es la encargada de decirnos lo que está bien y lo que está mal, y la sociedad se rige por esos postulados. La autora hace hincapié en que la construcción de lo que es un cuerpo deseado para el caso de las mujeres, hay ciertas características que debe tenerse, cuando alguien nace. Por ejemplo con la condición hermafrodita, era el médico quien tomaba la decisión de asignarle un sexo a esa persona que había nacido con los atributos de los dos, como comenta la autora del caso famoso de Herculine Barbin¹¹. Pero no nos vamos a detener aquí.

La autora plantea que el cuerpo es una forma de visualizar el sexo del individuo, pero no así el género del mismo. Para las personas transexuales, el hecho de tener un género y un sexo que no coinciden, en la actualidad pasando por la esfera de la medicina es que el individuo sí lo desea, puede transformar su cuerpo a través de procedimientos tanto quirúrgicos como hormonales. El cuerpo está asociado al sexo de nacimiento de la persona, pero como se mencionó antes, a través de la medicina se pueden hacer modificaciones, sí el individuo así lo desea. Estos enunciados nos reafirman, lo que ya se mencionó con el propio M. Foucault, que la materia prima del médico es el cuerpo del paciente, sea este cuerpo en estado vivo, enfermo o muerto. Pero en ese momento, es el médico quien socialmente tiene la autorización de tratar nuestro cuerpo, y es quien dice cual es un cuerpo sano, y cual es cuerpo enfermo. En algunos casos también le dice al individuo y al resto de la sociedad cual es un cuerpo que esta por fuera de lo aceptado, y lo coloca en un estado que hoy se categoriza como personas que tienen una situación de discapacidad.

La medicina como la conocemos hoy nace en siglo XVIII y se diferencia de las prácticas anteriores por el incremento exponencial de centros de tratamientos (como clínicas y

¹¹ J. Butler en su obra lo menciona, poniendo en conocimiento del lector que se trata de una persona que nació con la condición de ser hermafrodita, y los médicos en su momento tomaron la decisión de asignarle el sexo femenino. Dicha persona en desarrollo de su vida, se encontró con deseos sexuales hacia las mujeres, y cuando confiesa dichos deseos a un médico y un cura, el primero le realiza estudios. Descubriendo su estado de hermafrodita, y el estado termina reconociéndolo como hombre legal. Situación que obliga a dicha persona a tener que comportarse como tal, lo que le acarrea problemas mentales y una aguda depresión y termina auto eliminándose. La historia de este personaje histórico la trata M. Foucault en un libro, donde expone un diario de Herculiane y fichas medicas sobre dicha persona. J. Butler hace mención de éste caso, para poner el foco en como el cuerpo y género pueden ser impuestos externamente a la persona, como fue el caso de Herculiane.

hospitales) y por el hecho de que, además, dichos lugares pasaron también a funcionar como centros de educación y práctica para los futuros médicos. El paciente pasaba entonces a ser también objeto de la praxis de una medicina que comenzaba a profesionalizarse y a fortalecerse como ciencia, paulatinamente dejando de lado creencias de ataño, menos fundamentadas científicamente, pero de las cuales aún quedaban herencias culturales.

Foucault (1963) observó en la organización de las clínicas un sistema estrictamente vertical en la cual, la figura del médico se encaramaba ampliamente por sobre los estudiantes y, claro está, los pacientes. En dicho sistema, podría decirse, se deja entrever parte de la herencia cultural recibida desde la iglesia, a la hora del ejercicio del control selectivo. El médico sustituye en alguna medida al sacerdote en tanto consejero sobre las prácticas sexuales deseables y aceptadas (desde una perspectiva científica pero también moral). Ello se aprecia, claramente, en que las recomendaciones médicas más populares continuaban siendo la abstinencia sexual fuera del matrimonio y, en especial, la conservación de la virginidad en las mujeres. Este conservadurismo también mantuvo la severidad con la promiscuidad y la prohibición de la “sodomía masculina”¹². Es importante remarcar que el contralor llevado adelante desde la medicina sobre la sexualidad, aconsejando la abstinencia y desaconsejando la promiscuidad, supone dos cuestiones prácticas de relevancia social y sanitaria. La primera de ellas, en referencia a la abstinencia, implica un control de la natalidad. La segunda, implica la prevención del contagio masivo de enfermedades venéreas. Luego, el hecho de que la virginidad fue requisito sólo para el caso de la mujer, según Foucault (2018) nos habla de una suerte de perversión, en tanto que el hombre era prevenido de no ser contagiado por alguna enfermedad venérea por parte de su esposa, pero no así a la inversa. Podemos ver en tal caso una muestra fehaciente de la herencia religioso-cultural que recibe la ciencia médica.

En un mapeo más amplio, este ejercicio del control diferenciado del que hablamos partiría del Estado y de sus políticas, descendería verticalmente a través de la medicina hasta los propios pacientes. Estos terminarían por perder influencia sobre sus propios cuerpos, que

¹² Podría pensarse en ello como otra muestra de la herencia del cristianismo. La prohibición y castigo de la homosexualidad, masculina en este caso, por no conducir a la reproducción de la especie humana, que sería la meta única de la sexualidad, también tuvo lugar durante buena parte de la historia de occidente. Recordemos, por ejemplo, los famosos casos del poeta y dramaturgo irlandés Oscar Wilde y el del informático y matemático (padre de la computadora moderna) Allan Turing. Esta práctica, hoy aceptada en buena parte de este hemisferio, fue, no obstante, considerada por la psiquiatría occidental como una enfermedad hasta la década de 1970.

pasaría a manos de los especialistas, avalados por un conocimiento reconocido y aceptado por la sociedad y legitimado por el poder estatal.

Siguiendo los postulados que plantea Foucault, Irving Zola (1999) plantea que la medicina tiene un grado alto de legitimidad, desde el estado, el cual le consulta, siendo ésta la que postula cuales son los comportamientos que deben llevarse a cabo en una sociedad sana, y es el estado quien permite o convierte en ilegal ciertos productos de consumo según los criterios que ésta establece. Pero también el autor plantea que la legitimidad de la medicina en la sociedad es tan fuerte, que ésta se encuentra en todo momento con el individuo, desde el nacimiento del mismo, hasta el fallecimiento. Todo el proceso vital de una persona, es atravesado por la medicina. Ésta es la que le dice que está bien, y que está mal. Se establece un doble malestar en el individuo, uno físico que es la enfermedad y uno emocional/moral, por no cuidarse lo suficiente para no llegar a la enfermedad; por lo que la persona siente que falló.

Como hemos mencionado en el apartado previo, a lo largo del proceso de secularización que conduce a la formación de la medicina moderna como una disciplina pública que pasa a arrogarse la función otrora religiosa del cuidado de los cuerpos, el cuerpo y la sexualidad, como conceptos empíricos, de alguna manera se fusionaron en uno (Foucault y Aries 1982. Butler, 1993; 2017). A partir de ahora, el cuidado de los cuerpos empieza a conformarse como una función Estatal profana, en contraposición al cuidado eclesiástico de las almas. La medicina no sólo comienza a hacerse cargo del cuerpo y la sexualidad (Foucault 1976; 1984; 2018; Butler, 1990; 1993; Castro, 2011). Sino que su área de trabajo se potencia y se concentra en el cuerpo humano en su totalidad (sano o mórbido, vivo o muerto), formándose así, en último término, ya no un culto a lo divino trascendental, sino un culto a lo “divino terrenal”. Con ello nos referimos a que, con la hegemonía del Estado y la medicina, se habría creado también el ideal de que ese cuerpo esté sano y pueda cumplir con los fines sociales que se le imponen y son deseados, fines cívicos y laicos, pero fines que también generan obligaciones. Esto va desde trabajar, hasta la reproducción del individuo en sí para aportar a la sociedad con nuevas generaciones de mano de obra y responsabilidad civil.

Ahora bien, siguiendo este desarrollo previo sobre la medicina y su función moderna, debemos dar paso al desarrollo de la figura del médico y las condiciones del ejercicio concreto de su poder sobre los pacientes.

El cuerpo humano es la zona de trabajo del médico, su materia prima. Esta materia prima, por así decirlo, se transforma a través del estudio y la medicación y se la lleva a un estado aceptable y deseado. El médico, al aplicar su poder (Foucault 1978, 1984; Barrán, 1992; 1994, 1995; Castro, 2011) y su conocimiento (Giddens, 1990), sobre ese cuerpo hace que el paciente renuncie a él momentáneamente en pos de una mejoría. El ejercicio médico del poder y el saber es una apropiación.

Así, en palabras del sociólogo español J. A. Rodríguez (1987), en relación al lugar que ahora ocuparía la medicina, es posible afirmar que el paso de una sociedad predominante dominada por valores y concepciones emanadas de la iglesia a una sociedad de tipo secular, significó cambios más o menos drásticos en la estructura de los valores sociales, así como también en la definición y justificación de tales valores. El grupo social responsable de definir estos nuevos valores, por consiguiente, ha de ser distinto. “El papel desempeñado en otros momentos por la Religión y por la Ley será ahora desempeñado básicamente por la Medicina” (Rodríguez, 1987; p. 208).

Podría mencionarse, siguiendo a Foucault que:

“Es muy posible que la intervención de la iglesia en la sexualidad conyugal y su rechazo de los “fraudes” a la procreación hayan perdido mucho de su insistencia desde hace doscientos años. Pero la medicina ha entrado con fuerza en los placeres de la pareja: ha inventado toda una patología orgánica, funcional o mental que nacería de las prácticas sexuales “incompletas”, las ha integrado al “desarrollo” y a las “perturbaciones” del instituto; y ha emprendido su gestión” (Foucault, 1976; p. 43)

En concordancia con Foucault, Judith Butler, a lo largo de su trayectoria académica, nos habla de la subyugación del cuerpo, ejercida por la religión, la moral, la medicina, el ordenamiento jurídico, y todas las convenciones que regulan la vida social. Dichas convenciones dan forma y determinan lo que culmina siendo y viéndose como aceptable en los propios cuerpos. Los mismos cuerpos, la misma biología humana, serían sometidos al control y al cuidado necesario de la medicina, la cual, desde la legitimidad conferida por sus conocimientos, controlaría los cuerpos como antes lo habría hecho la religión. Es así que el individuo pierde autonomía y se resigna a la decisión de lo que debe realizar con su cuerpo.

Esto obedece a la confianza que se deposita sobre los “hombres del saber”, lo cual es claramente contrario a cualquier posibilidad de cuestionar el conocimiento de los galenos.

Un claro ejemplo histórico de este control es, retomando a M. Foucault (1984), el ejercido sobre el propio placer sexual. La antigua idiosincrasia griega admitía que el hombre libre, el ciudadano de las metrópolis, se relaciona sexualmente tanto con mujeres como hombres. Con las primeras más que placer se buscaba la reproducción de la especie, por lo que se fomentaba que los ciudadanos tuvieran una esposa legal para tener una descendencia legítima, los nuevos ciudadanos de las metrópolis. Con respecto a las relaciones de índole sexual con hombres, no estaban mal vistas, y se fomentaban a través de las distintas esferas del poder, como lo eran los filósofos que enseñaban en el ágora. Uno de ellos era el propio Platón que describía a los hombres que eran propensos a ser canales de esa búsqueda de placer, como jóvenes y vigorosos¹³.

En el caso de la mujer, si bien en aquel entonces se la veía como objeto de placer para el hombre y también como la encargada de la reproducción de la especie, se le permitía, aunque en menor medida, un disfrute de su sexualidad más liberado en relación a momentos históricos posteriores.

Así como era posible observar distingos en los comportamientos sexuales permitidos para los casos de hombres y mujeres en la antigua Grecia, según Foucault (1976; 1984), también la medicina puede llegar a ejercer un control de la sociedad de forma discriminativa y/o electiva. Esto es, la aplicación de dicho control de forma más o menos gradual, sobre un cierto grupo de individuos y no así sobre la totalidad de la sociedad.

A partir del establecimiento del predominio del cristianismo en occidente, comienzan a observarse más claros ejemplos del control selectivo en la sociedad. Sobre ello Foucault (2018) plantea que, ya habiendo impuesto sus doctrinas como formas de vida; el cristianismo impulsa una mayor observancia sobre el cuerpo de la mujer y en especial sobre su obligación de llegar virgen al matrimonio. A ello se sumaba la obligación extra en función de la clase social, pues, si la mujer pertenecía a la clase alta, el matrimonio era también un acuerdo

¹³ Aunque esto último se reservaba más que nada para los casos de adultos que enseñaban a mancebos imberbes (lo cual hoy se consideraría pederastia) las artes de la ciudadanía; los llamados erastés y erómenos. Ello sucedía con mayor frecuencia en las clases altas. No siempre se llegaba a concretar, pero en tal caso no era algo socialmente mal visto, en tanto que el adulto (ciudadano) fuera el que realizará la penetración. ESLAVA GALÁN; J. (1997). (págs. 77 y 78).

comercial. Si en cambio pertenecía a familias de la realeza, dicho acuerdo era un tratado entre reinos. La ausencia de contacto sexual por parte de la mujer antes de ser desposada era una virtud y un tesoro que el padre de la joven protegía hasta que surgiera un hombre digno de su casta. Se contemplaba entonces la conveniencia de la familia. De esta manera la mujer, y especialmente el cuerpo virgen de la misma, pasaban a ser una mercancía deseada y cuidada, porque hablaba del sentido del honor que tenían las familias de estas doncellas.

Para dichos casos se contemplaban castigos por incumplimientos. Antes de que una alianza matrimonial se diera como tal, la doncella era sometida a una revisión genital por parte de una comadrona o un médico. Los mismos eran figuras de autoridad y debían brindar su juicio si una doncella había cumplido con la tarea que se le había impuesto. Si no llegaba virgen al matrimonio, podría ser desterrada por su padre o cabeza de familia. A lo largo de la historia hubo muchos casos de mujeres de condiciones económicas medias a altas que, estando sin esposo, quedaban embarazadas y “debían ser” internadas en conventos o granjas durante la gestación. Muchas veces las desterraba ahí mismo. Un hijo fuera del matrimonio era establecido como algo de carácter muy negativo, como un pecado imperdonable para la mujer.

En cambio, para el hombre, el tener hijos ilegítimos no acarreaba las mismas consecuencias. Incluso, al hombre no se le exigía la virginidad antes del matrimonio, sino que, por el contrario, se le alentaba a que tuviera todas las experiencias sexuales que pudiera obtener en prostíbulos o con mujeres de rangos sociales menores.

Es posible suponer que, al igual que como veíamos para el caso de los distingos entre hombres y mujeres, las discriminaciones realizadas por la medicina de comienzos del siglo XX en nuestro país también conllevarán controles selectivos (Barrán, 1994). Los grupos humanos señalados en este caso como peligrosos por determinados comportamientos, podría decirse, inherentes a ellos, debían ser necesariamente limitados y controlados. Es en ese caso que vemos que:

“los médicos de la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis, la Liga antialcohólica y el consejo Nacional de Higiene comandaron la campaña contra el consumo de alcohol por parte de las clases populares, al que responsabilizaron de causar, entre otros males, la tuberculosis y la locura.”
(Barrán, 1994; p. 123)

En el ámbito concreto de la sexualidad, y cualquiera hayan sido las penas impuestas a lo largo de la historia, el individuo que contradijera las normas del biopoder habría sido siempre considerado como desviado. Cabe mencionar que no siempre resultaba posible la condena del individuo desviado. Ante la evidente incompetencia de “la moral” del propio biopoder a la hora de intentar erradicar la transgresión, se habría logrado confinar los actos desviados a dos lugares fuera del ámbito de lo moralmente aprobado. A saber: los prostíbulos, donde el sexo pasa a ser una mercancía de cambio, y los hospitales psiquiátricos, donde el encierro y el estudio científico sobre el individuo desviado apuntaban al fin de su “regeneración”. Si esto último no era posible, se alejaba a los “desviados sexuales” del resto de la sociedad para que no perturbaran la “normalidad” del resto.

Dentro del mundo de lo “incorrecto”, a partir del discurso hegemónico establecido, es posible encontrar como ejemplo la homosexualidad. Según M. Pollark, ella está muy distante del doctor “Tardieu, quien escribía: ‘No escatimaré en ensuciar mí pluma para denotar la vil infamia de los pederastas’”. (Ariés et al., 1982; p. 71). La homosexualidad era clasificada como perversión, según la visión psiquiátrica dominante de fines del siglo XIX, idea que habría continuado hasta la década del ‘70 del siglo pasado. Siendo así, Pollark asegura que:

“(…) encerrados en el círculo vicioso condena / justificación, los autores que se han opuesto a la clasificación de la homosexualidad entre perversión han dado muestras más de coraje políticos que espíritu innovador (...) Frente a la inclusión oficial de la homosexualidad entre las perversiones que era necesario reconocer y combatir, parecía que el único argumento que se podía aducir contra su penalización era el del carácter constitucional de la homosexualidad”. (Ariés et al., 1982; pp. 72-73).

En términos más generales, todas las personas que quedan por fuera de la norma implementada por la esfera de poder, conforman el grupo de:

“(…) los desviados sociales, tal como los definimos aquí. Incluiremos en él a prostitutas, drogadictos, delincuentes, criminales, músicos de Jazz, bohemios, gitanos, comparsas de carnaval, vagabundos, borrachos, gente de circo, jugadores empedernidos, vagabundos de las playas, homosexuales y el mendigo impertinente de la ciudad. Esta es la gente a quien considera comprometida en cierto tipo de rechazo colectivo del orden social (...) Ellos

representan fracasos en los esquemas motivacionales en la sociedad.”
(Goffman, 1963; pp.165-166).

Eduardo Rinesi (2018), apelando a Freud y Lacan, desarrolla los conceptos de “resto” y “desecho”. El concepto “resto” es utilizado para describir algo que parece una persona, pero por diferentes factores le fue quitado parcialmente ese estatus, perdiendo así derechos sociales. Aun así, siempre existiría la esperanza, la posibilidad de que el individuo volviera a ser parte de la sociedad de la que había sido excluido. En cambio, el concepto de desecho implica que la persona ya estaría enajenada en su situación y no podría salir de donde se encuentra. En este sentido, podemos afirmar que “(...) a ciertos sectores de la población se los considera desechables” (Butler, 2017; p. 19). Dentro de los cánones establecidos, algunas personas son olvidadas por el Estado, por la medicina y al final por la sociedad misma.

Ahora bien, retomando el concepto de “el saber de los expertos” (Giddens, 1990), y la idea de la medicina como biopoder, nos resulta mucho más comprensible la situación ocurrida en torno al VIH-Sida hacia finales de la década del 70’ y durante la de los 80’ del pasado siglo XX. Como se verá en la sección de antecedentes, los médicos, a través de sus conocimientos, posicionaron a los pacientes dentro de alguna esfera social, ya se tratará de la esfera correcta o, por el contrario, dentro de la esfera del “resto” o del “desecho”. En particular, durante la aparición del VIH-Sida en la década del 80’, los pacientes portadores del virus del VIH serían indefectiblemente colocados en esa última categoría.

Los estudios realizados en el área de la sociología médica “(por cierto, muy desarrollados en los Estados Unidos) perciben la actuación del enfermo (illness behavior) como una forma de comportamiento desviado” (Rodríguez, 1987; p. 35). Dichos comportamientos han llegado a ser definidos en términos médicos y, por tanto, han sido entendidos como problemas médicos. “Tales serían los casos de ciertos tipos de enfermedades mentales, de la homosexualidad, alcoholismo o la hiperkinesis (hiperactividad)” (Rodríguez, 1987; p. 35). La sociología médica, según este mismo autor, comprende, como su mayor preocupación, que a través de la medicalización de la sociedad se lleve adelante el control social de las actividades desviadas; incluso se habría derivado a la misma definición de desviación al área exclusiva del dominio médico. Por consiguiente, la medicalización de la vida social produce diversas consecuencias, siendo una de las más importantes que la profesión médica termina

por afianzarse en un rol de definidor de lo normal y lo anormal, delimitando además qué se entiende por conducta sana y deseable. (Rodríguez, 1987; p. 51).¹⁴

El dueto enfermedad y sanidad conformaría entonces una forma posible de comprender a la sociedad y, por ende, bien puede ser objeto de estudio de la Sociología.¹⁵ Si bien es posible decir que, en un principio, no hubo puntos de encuentro entre la medicina y la sociología, una vez que estas ciencias hubieran llegado a una etapa de madurez, sí lograrían converger encontrando puntos en común. “Los factores que han aproximado de nuevo a la Medicina a lo “social” y en definitiva a la Sociología, han sido varios. Primero hay que notar el cambio de pautas de morbilidad. Las victorias sobre las enfermedades infecciosas han dado paso a una creciente importancia de las crónicas, donde los factores sociales son importantes en su etiología” (Rodríguez, 1987; p. 21).

La enfermedad plantea a la sociología una problemática que derivaría en cuatro factores fundamentales. El primero de ellos resulta en que la dispersión de las enfermedades responde a la estructura social y cultural, no tratándose de un fenómeno caprichoso o librado al azar. En segundo lugar, las reacciones de un individuo frente a una enfermedad dependen de su posición en la estructura social y de factores culturales de la misma. Seguidamente, las sociedades institucionalizan su lucha contra las enfermedades a través de organizaciones sociales: “la profesión médica (o curanderil), centros hospitalarios, educación sanitaria” (Rodríguez, 1987; p. 22). Finalmente, esta lucha contra las enfermedades da lugar a la participación de muchas otras organizaciones sociales, más allá de las meramente médicas: “educativa, administrativa, religiosa, política, económica” (Rodríguez, 1987; p. 22). Por ello podemos concluir que la enfermedad es un problema social y, por tanto, resulta de interés para la sociología.

¹⁴ “Como bien ha definido Freidson, la medicina representa socialmente una actividad moral que, al igual que el Derecho y la Religión, persigue descubrir y controlar fenómenos que considera indeseables. La Medicina se convierte por tanto en una forma típica de control social, siendo a la vez la institución que define lo normal y lo anormal, lo deseable e indeseable” (Rodríguez, 1987; p.208).

¹⁵ “No constituye ninguna novedad la afirmación de que, en el propio origen de la sociología, dentro de distintas formulaciones sobre la sociedad, se encuentran también el origen de una preocupación por los problemas de salud, considerados especialmente dentro del marco de las transformaciones socioeconómicas ocurridas al surgir el capitalismo en los países europeos. En el análisis de las condiciones de vida a partir del s. XVII, efectuado por pensadores, reformadores y políticos por motivos políticos e ideológicos, valiéndose inclusive de informaciones empíricas, se irá a considerar la dimensión del aspecto social en un esfuerzo por comprender los aspectos básicos de la salud y la enfermedad. La preocupación por el aspecto social en lo que respecta a la salud y la enfermedad se remonta a los primeros intentos por comprender la función del Estado en la provisión de recursos y en la organización y el funcionamiento de las instituciones de atención de salud.” (Nunes, 1986; p. 34).

Es importante contextualizar los conceptos vertidos en el Marco Teórico sobre la relación de poder del médico sobre el paciente respecto del HPV. De cara a esto se brinda información a continuación sobre HPV y su contexto, que se tomó en cuenta para formular las preguntas en las entrevistas y en el resto de la investigación en sí.

Virus del HPV

El virus del HPV (o VPH)¹⁶ es la infección de transmisión sexual considerada como la más común entre las personas sexualmente activas; se estima que afecta a 4 de cada 5 de dichas personas en el mundo. Esto equivale a que entre el 80% y el 90% de la población sexualmente activa podrá ser receptora del virus a lo largo de su vida.¹⁷

En la actualidad existen alrededor de 100 tipos de HPV, de los cuales 40 afectan a la zona genital, anal y bucal. Los tipos de virus se dividen en dos grandes grupos: a) los HPV denominados “de bajo riesgo oncológico”, que generalmente se asocian a las lesiones benignas, como las verrugas; y b) los HPV denominados “de alto riesgo oncogénico” que se asocian fundamentalmente a las lesiones precancerosas, que son las que pueden evolucionar lentamente hacia el cáncer.¹⁸

Dentro de las cepas de alto riesgo, las identificadas con los números 16 y 18, pueden producir cáncer tanto en hombres como en mujeres. Ambas cepas son las causantes del cáncer en el cuello uterino¹⁹, y la cepa 16 puede producir también cáncer en el ano y en el pene. Las cepas 6 y 11 no producen cáncer como las anteriores, pero son dañinas para el organismo²⁰ porque

¹⁶ Véase: <http://www.cepar.com.uy/hpv.php>

¹⁷ Véase: <http://clinchpvanal.com.uy/hpv.php> (Última fecha de consulta: 15/05/2018)

¹⁸ *Ibídem.*

¹⁹ En 1970 el Dr. Zur Hausen descubrió que el virus del papiloma humano estaba relacionado con el cáncer de útero en las mujeres. Este descubrimiento transformó la manera que la medicina veía al HPV, y ayudó a que los avances sobre la prevención del cáncer de útero cobraran una mayor importancia. Ello derivó en avances científicos que dieron lugar a las vacunas que actualmente existen en el mercado mundial. (Fue galardonado con el premio Nobel de Medicina en año 2008, por su descubrimiento de HPV y cáncer de útero. / http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902017000100142#B2)

²⁰ Véase: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/germenes-infecciosos/hoja-informativa-vph#q3>

producen obstrucción en la garganta, pulmones o fosas nasales pudiendo evolucionar como tumoraciones, las cuales, si no son tratadas a tiempo, terminan provocando la muerte de quien las padece.

El HPV en la Organización Mundial de la Salud.

Resultan de gran relevancia los enunciados emitidos sobre este virus por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En la página web de dicho organismo, en su última actualización del 21 de agosto de 2017, se destaca, como primer párrafo, que:

“El virus del papiloma humano (VPH) causa cáncer de cuello de útero, ocupa el cuarto lugar entre los tipos más comunes de cáncer que afectan a mujeres, con un número estimado de 266 000 muertes y unos 528 000 nuevos casos en 2012. La gran mayoría (alrededor del 85%) de esas muertes se produjeron en las regiones menos desarrolladas, donde es el causante de casi el 12% de todos los cánceres femeninos.”²¹

La OMS establece también que, si bien es posible que la mayor cantidad de cepas de HPV no provoquen síntomas, se estima que cerca del 99% de los casos de cáncer de cuello de útero es causado por este virus. Seguidamente, esta página web menciona brevemente que “El VPH también puede causar otros tipos de cáncer ano-genital, cánceres de la cabeza y del cuello y verrugas genitales tanto en hombres como en mujeres. Las infecciones por el VPH se transmiten por contacto sexual.”²²

En relación a la vacunación para la prevención de este virus, la OMS hace mención a dos tipos de vacunas (comercializadas en muchos países del mundo), catalogadas como “altamente eficaces”, contra las infecciones provocadas por las cepas 16 y 18; enfatizando, causantes del (aprox.) 70% de los casos de cáncer de cuello uterino en todo el mundo. Se menciona, además, que uno de los tipos de vacunas es también efectiva contra las cepas de HPV que causan verrugas ano-genitales. Finalmente, se concluye con lo siguiente:

²¹ Véase: <https://www.who.int/immunization/diseases/hpv/es/#:~:text=El%20virus%20del%20papiloma%20humano,0,000%20nuevos%20casos%20en%202012.> (Última fecha de consulta: 15/05/2018)

²² *Ibíd.*

“El grupo objetivo primario en la mayoría de los países que recomiendan la vacunación contra el VPH está formado por niñas adolescentes de 9 a 14 años de edad. Para las dos vacunas contra el VPH, el calendario de vacunación depende de la edad del destinatario de la vacuna.

Mujeres <15 años de edad en el momento de la administración de la primera dosis> se recomienda un calendario de 2 dosis (0, 6 meses).

Si el intervalo de tiempo entre las dosis es inferior a 5 meses, entonces la tercera dosis debería administrarse al menos 6 meses después de la primera dosis.

Mujeres \geq 15 años de edad en el momento de la administración de la primera dosis: se recomienda un calendario de 3 dosis (0, 1-2, 6 meses).²³

En el documento denominado “Weekly epidemiological record. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017” (del 12 de mayo del 2017), la OMS establece que, basados en meta-análisis a nivel global, los casos de HPV relacionados con cáncer de cuello uterino son mayores en las regiones de África sub-sahariana, América Latina y el Caribe y Europa del este.

Otro dato en dicho documento, de relevancia para esta investigación, es el que establece que el mayor riesgo de contraer algún tipo de HPV para el caso de los hombres, se encuentra entre aquellos que tienen sexo con otros hombres. Asimismo, se establece que el riesgo es también elevado al tratarse casos de hombres con otras ETS, en especial si se trata del VIH-Sida. Sobre este virus en particular se ha establecido una muy fuerte relación con el del HPV.²⁴

La relación entre los virus del HPV y el del VIH en Uruguay.

Como se dejaba entrever en la última oración del apartado anterior, a nivel internacional se ha establecido una correlación entre el virus causante del HPV y el causante del VIH- Sida

²³ Ibídem.

²⁴ Véase:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255353/WER9219.pdf;jsessionid=C7C51E32F7BA6C50D5C55E5FB51240CA?sequence=1> (Última fecha de consulta: 17/05/2018)

positivo. Esta relación aparece mayormente señalada para el caso de hombres que tienen sexo con otros hombres. Lo problemático es que dicha relación puede visualizarse en diferentes trabajos e investigaciones académicas en nuestro país

La investigación intitulada "Lesiones rectoanales por VPH, diagnóstico mediante PAP y anoscopía de alta resolución con biopsia", fue realizada por la doctora C. Aguiar (especializada en HPV ano-rectal), junto con otras investigadoras médicas, y publicada en el año 2015 en nuestro país. En dicha investigación las autoras plantean que el sexo anal es determinante para tener lesiones por HPV. Ello sucedería "más frecuente en hombres que tienen sexo anal con hombres, que varones heterosexuales o por el corrimiento de secreciones vaginales durante el coito". (Aguiar; Jaumandreu. et al. 2015. Págs. 96-101).

Por otro lado, la investigación realizada como tesis de maestría por la Magíster Cecilia D'Albora, intitulada "Detección, caracterización y epidemiología molecular del virus del papiloma humano en hombres que tienen sexo con hombres en Uruguay", presenta lineamientos (no así conclusiones) similares a los de la investigación de Aguiar. Dicha tesis parte de la hipótesis de que los hombres que tienen sexo con hombres en Uruguay, especialmente los que tienen VIH positivo, presentan una alta tasa de infección por VPH en el canal anal por distintas cepas del virus y a su vez un alto riesgo de desarrollar cáncer rectoanal.

La investigación de C. D'Albora (2019), que se realizó dentro del contexto del departamento de Bacterología (instituto de Higiene- Facultad de Medicina - UdelaR), trabajó tanto con casos de hombres VIH positivo como negativo. En las muestras que se obtuvieron de los mismos se encontraron varias cepas de VPH, que iban de 2 a 9 cepas distintas. De la muestra de 126, solo 16 accedieron a un seguimiento. A partir de ahí se obtuvo como resultado que la comparación de las muestras que se sacaron en un año, siendo 4 el máximo por hombre, no coincidían con las iniciales. La autora plantea que esto se debe a una tendencia a la interacción múltiple de los participantes con muchas parejas sexuales a lo largo de un mismo año. Sobre dicha tendencia se plantea una media de 17 parejas sexuales en los últimos seis meses y 173 durante toda su vida. Como conclusión final de su investigación, y a diferencia de lo que plantea la OMS y la investigación de C. Aguiar, D'Albora plantea que no se encontró una diferencia relevante en hombres con VIH positivo y negativo (que tienen sexo con otros hombres en Uruguay), a la hora de tener HPV.

No obstante, se ha establecido, a nivel general, que las personas inmunodeprimidas, como las que viven con el VIH, tienen más probabilidades de sufrir infecciones persistentes por HPV y una evolución más rápida hacia las lesiones precancerosas y el cáncer. La coinfección con otros agentes de transmisión sexual, como los que causan el herpes simple, la clamidiasis y la gonorrea; colaboraría con la aparición de una o más cepas del virus del HPV.²⁵ Tal sería el caso del cáncer de cuello uterino; siendo que los factores de riesgo que favorecen su oncogenicidad (poder cancerígeno) y el estado inmunitario, se vincularían de forma directa con la existencia previa de otras ETS.

Datos cuantitativos relevantes sobre HPV y cáncer en Uruguay.

Cuando se comenzó con esta investigación una de las primeras cuestiones en salir a la luz fue la escasa a nula información cuantitativa sobre casos generales de HPV en nuestro país. Se realizó una búsqueda exhaustiva en la red de las bibliotecas de la UdelaR, se hizo una búsqueda con los buscadores Google académico y Timbó. También se consultó a entrevistados expertos en HPV, para poder acceder a información científica- académica sobre el tema, y se buscó en la página web del MSP.

Esto se corroborará, como veremos más adelante, en la sección de Análisis de Campo.

Por otro lado, sí contamos con datos más precisos en relación a casos generales de cáncer en nuestro país. Según el documento “Registro Nacional de Cáncer”, de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, para el periodo 2013-2017, se han observado las siguientes situaciones en nuestro país:

“En la mujer, (...) en particular destacamos el descenso notorio del cáncer de útero (todos los subsitios uterinos reunidos), y en forma más leve pero sostenida del cáncer de mama; en contrapartida: el ascenso marcado de la mortalidad por cáncer de pulmón. El cáncer colorrectal en el sexo femenino parece consolidar un descenso leve pero significativo de un 0.56% anual a lo largo del período 1990- 2019.

El problema de mayor relevancia en términos de la dinámica epidemiológica de las tasas de mortalidad e incidencia es sin dudas el cáncer de pulmón en mujeres, actualmente la tasa de mortalidad estandarizada por edad crece a un 3.6% anual. El número de muertes por año debido a cáncer de pulmón en mujeres casi triplica actualmente al número de muertes por

²⁵ Véase: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer) (Última fecha de consulta: 13/02/2021)

cáncer de cuello de útero, invirtiendo la relación que se observaba hace unas pocas décadas y constituyéndose en la tercera causa de muerte por cáncer en este sexo.”²⁶

“En hombres, el cáncer de próstata es el más frecuente seguido por el cáncer de pulmón y el colo-rectal (cánceres de colon y recto reunidos). No obstante, en lo relativo a la mortalidad sigue siendo el cáncer de pulmón la causa de muerte más importante en hombres. A pesar del franco y sostenido descenso de la mortalidad por cáncer de pulmón en hombres que se observa desde hace más de 25 años, aún se mueren anualmente más de 1300 uruguayos por esta causa (aproximadamente 1000 hombres y más de 342 mujeres en el período 2013-2017).”²⁷

Un dato no menor sobre el cáncer de colon es que ocurren, en promedio, dos muertes por día en el Uruguay, siendo nuestro país el primero en muertes por este tipo de cáncer en toda América Latina. Desde la esfera médica nacional se plantea que se podría prevenir el 60% de las muertes por cáncer de colon, con un diagnóstico temprano del mismo²⁸.

Los lineamientos del Ministerio de Salud Pública (MSP) sobre el HPV.

La primera²⁹ vez que se habló de la vacunación contra el virus del papiloma humano para la prevención del cáncer de útero, fue para el caso de mujeres adolescentes, entre los 12 y los 15 años. Esto se realizó en el año 2011 como proyecto de ley de vacunación obligatoria, promovido por diputados pertenecientes al partido Nacional. Las vacunas ya habían comenzado a ser comercializadas a nivel mundial a partir del año 2006.³⁰

A partir del año 2013, siendo en ese momento el Dr. Jorge Venegas el ministro de salud, las vacunas contra el HPV como causa de cáncer de útero comenzaron a ser suministradas en

²⁶ Comisión Honoraria de Lucha Contra Cáncer, Registro Nacional de Cáncer/ Situación Epidemiológica del Uruguay en relación al cáncer-mayo 2021. Incidencia del cáncer 2013-2017. Tendencias de la mortalidad 1990-2019. Ver: Registro Nacional de Cáncer (comisión cancer.org.uy) (Última fecha de consulta: 12/5/2022)

²⁷ *Ibíd.*

²⁸ (19 de julio de 2019). Dos uruguayos mueren de cáncer de colon al día: ¿cómo puede prevenirse? El Observador. Ver: <https://www.elobservador.com.uy/nota/dos-uruguayos-mueren-de-cancer-de-colon-al-dia-como-se-puede-prevenir-2019719112456> [Última fecha de consulta: 07/07/2020].

²⁹ <https://www.elobservador.com.uy/nota/vacuna-contra-el-hpv-obligatoria-para-ninas-desde-el-ano-que-viene-2016929500>

³⁰ Véase: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-saludpublica/files/documentos/campanas/info%20vacuna%20HPV_0.pdf (Última fecha de consulta: 14/09/2019)

centros privados de salud. Cada dosis (con un total de dos, hasta los 15 años de la paciente, y hasta tres dosis, luego de pasada esa edad), tenía un costo que superaba los 3 mil pesos. Por este motivo el MSP no realizaba una recomendación pública de dichas vacunas.

Para el año 2015 el MSP comenzó a recomendar las vacunas contra el HPV. Al año siguiente dicho ministerio establece la vacuna contra el HPV en el calendario de vacunación obligatorio, sin costo, para niñas de 12 años.

Más recientemente, el MSP (2019)³¹, estableció como obligatoria la vacunación también para los varones adolescentes a partir de los 12 años de edad. Estas vacunas se suministran sin costo en todos los centros de salud públicos y privados, y forman parte del Plan de vacunación del Ministerio.

VIH-Sida en Uruguay³².

Dada la relación antes mencionada entre los virus del HPV y el del VIH, nos es muy pertinente arrojar luz sobre los casos positivos de este último en el Uruguay. Según datos del Ministerio de Salud Pública³³, en el periodo 2016-2020³⁴, hubo por año 902 casos nuevos de personas con VIH. De los nuevos casos de pacientes con dicho virus, el 70% corresponde a hombres y el 20% a mujeres.

Los grupos etarios con más casos de ser portadores de VIH son las personas que se encuentran entre la franja etaria de 25 a 44 años, le sigue la franja etaria de 45 a 64 años, esto es para el caso de ambos sexos.³⁵

De acuerdo con los datos revelados para el período 2016-2020, el número de los nuevos casos el 70% eran hombres. De quienes son portadores de VIH-Sida, el 99% fueron contagiados por vía sexual.

³¹ En: <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/salud-vacuna-hpv-varones-cancer-cuello-utero-msp>

³² Se muestran los datos de pacientes con VIH-Sida en Uruguay, porque desde la medicina se asocia el VIH-Sida con otras enfermedades de transmisión sexual, como es el HPV.

³³ El MSP solo brinda información estadística sobre VIH-Sida, no sobre otras Enfermedades de Transmisión sexual.

³⁴ Fuente en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/29-de-julio-dia-nacional-del-vih-sida>

³⁵ Ir Anexos.

A nivel geográfico, los nuevos casos se concentran en los departamentos en primer lugar Montevideo, seguido de Maldonado, Rocha, Paysandú, Rivera y Rocha. Siendo los nuevos diagnósticos positivos en mayor número se realizaron los test en centros públicos de salud, con respecto a centros privados de salud en todo el país. Tomando como ejemplo que, en el año 2020, se diagnosticaron 468 casos nuevos de VIH en centros de salud públicos contra 460 casos nuevos de VIH en centros de salud privados.

Con respecto al tratamiento con antirretrovirales en diciembre del 2020, era de 8711 personas, lo que equivale al 71% de las personas que fueron diagnosticadas con VIH.

Las muertes por VIH-Sida en Uruguay, entre los años 2016 y 2020, se visualizó que en el 2020 la tasa de defunción relacionada por VIH-Sida fue la más baja de los últimos 5 años. Teniendo en ese año un total de 152 muertes, de las cuales 25 fueron diagnosticadas el mismo año que eran portadores positivos, y habían desarrollado la enfermedad Sida.

El promedio de edad de los fallecidos relacionado por VIH-Sida, el promedio de edad fue de 48 años, y el 74% de las personas que fallecieron se atendían en un centro de salud público.

Antecedentes

El estado del arte en referencia a estudios sobre HPV resulta muy cuantioso, ya podían apreciarse estudios desde la década del 70 a nivel internacional, en el área de la medicina (podremos ver con mayor detalle ejemplos de estas bases en el apartado: “Antecedentes sobre investigación médica”). No ha sido posible apreciar una abundancia similar para el caso de las investigaciones realizadas en el campo de las ciencias sociales y las humanidades. Sin embargo, sí existe mucho sobre VIH, en el área de la investigación medicina, claro está, así como también a nivel de ciencias sociales.

Homosexualidad, VIH-Sida y el Estado en Uruguay.

En su trabajo “Uruguay homosexual. Cultura, minorías y discriminación desde una sociología de la homosexualidad”, Carlos B. Muñoz (1996), presenta una descripción de la cultura gay/homosexual en Uruguay y un paralelismo de ésta con la de los EEUU. El autor hace hincapié en que su obra sólo trata de hombres gays porque no contaba con información, ni acceso, sobre la población de mujeres gays (lesbianas) en nuestro país. Esto último le habría significado otro trabajo completo.

La investigación, que se presentó en formato de libro, tiene una mezcla de etnografía y de autobiografía. Utilizando la herramienta “bola de nieve”, el trabajo realiza entrevistas concretas a ciertos actores, personas allegadas al investigador, como él bien lo deja en claro, para poder dar una perspectiva más amplia del tema a quienes no estén familiarizados. De un modo “descontracturado”, las preguntas a los entrevistados surgieron desde la propia interacción. El investigador, por lo tanto, juega a su vez también el rol de participante activo. En resumen, la investigación de Muñoz es de carácter cualitativa; utiliza varias corrientes y métodos para la recolección de información en campo, desde la etnografía, la fenomenología, y la autobiografía. Todos los actores involucrados terminan de darle forma a la investigación y al propio producto final.

C. B. Muñoz (1996) relata cómo eran las prácticas de relacionamiento entre hombres gay (tanto desde la esfera emocional hasta la sexual) y entre ellos y el resto de la sociedad. El estudio abarca las décadas de los '70 hasta los '90, y brinda también un paralelismo entre las

realidades uruguayas con ciertas situaciones que se fueron dando en los EEUU en los mismos años.

El autor nos describe, tanto en primera como en tercera persona, lo que significaba ser homosexual en un Uruguay militarizado, donde no existían garantías y la población gay estaba más que segregada; estaba invisibilizada de tal manera, que quien se sentía distinto a la heteronormatividad, debía ocultarlo, por miedo a las consecuencias sociales y familiares que eso conllevaba: perder el trabajo, ser echado de la casa, el desprecio familiar y de los amigos, pasar hacer una paria social.

Una situación similar se vivía en los Estados Unidos, pero también ahí se estaban gestando los años de la liberación y la lucha por los derechos de las minorías sexuales, los derechos de toda persona LGBTIQ+. Con la muerte de la actriz estadounidense Judy Garland, el 22 de junio de 1969, las personas LGBTIQ+ utilizaron su imagen y su dolor por la pérdida de un icono como un impulso de resistencia ante las regulares razias³⁶ policiales en diversos lugares recreativos y de encuentro gay. Así, 6 días después de la muerte de Garland, en la ciudad de New York, ocurrió el renombrado incidente de “Stonewall”, un bar gay que atestiguó el primer enfrentamiento relevante entre la policía y las personas ahí reunidas. A diferencia de muchas otras situaciones anteriores, la sostenida resistencia y la gran manifestación contra la policía derivó en que muchos fueran llevados detenidos. Todo ello ocasionó un impacto mediático sin precedentes, se hablaba de lo sucedido y se visualizaba a las personas LGBTIQ+.

En Uruguay, recién con la vuelta a la democracia en 1985, se habrían los dos primeros boliches “... discotecas concurridas por homosexuales, que pronto serían llamadas boliches gay”. Muñoz (1996; p.8) Los cuales se llamaban Arcoíris y Controversia, y al poco tiempo abre sus puertas Espejismo, tras el cierre de Controversia.

En los '70 no sólo surgen los primeros síntomas del hastío de las personas de la comunidad LGBTIQ+ en EEUU, también comienza a gestarse y a visualizarse, en la esfera médica, un virus nuevo que afecta y provoca la muerte de muchas personas, sobre todo de hombres homosexuales. Así fue establecido por los médicos, primero en EEUU y, luego, en resto del mundo; dicho virus se conoció después como VIH-Sida. Entre el miedo y las muertes

³⁶ Así es como lo llama C.B. Muñoz en su libro.

alrededor del mundo, el virus colocó nuevamente al individuo fuera de la heteronormatividad sexual en el centro de atención como causante de todos los males. El homosexual había sido considerado como un monstruo, uno al que se adjudicaban desviaciones sexuales y perversiones, desde la pederastia y la zoofilia, hasta la promiscuidad sexual. Esta última era vista como unas de las causas de la aparición y aumento del VIH-Sida, el autor plantea sobre lo mismo que:

“El ‘discurso de la promiscuidad’ que se generó en el comienzo de los años ochenta es aquel discurso que afirma que el sida es causado por la promiscuidad, y que como el ‘estilo de vida homosexual’ es promiscuo, concluye entonces que la homosexualidad es una causa del sida.” Muñoz (1996, p.12).

Los adjetivos negativos que se le colocaron al sujeto que hoy conocemos como gay, u homosexual, construyeron al “monstruo” que describe el autor. La palabra homosexual fue el término que se le dio desde la esfera de la medicina. Muñoz comenta cómo la medicina le ha colocado “etiquetas” a comportamientos que se salen de lo esperado; pone como ejemplo el término “alcoholismo” que, según nos comenta, habría sido acuñado por el médico Huss en 1852 (Muñoz, 1996; p.130). “Homosexualidad” se habría acuñado entonces como un vocablo médico para clasificar a un grupo de personas con un “trastorno psiquiátrico”; idea que se mantuvo hasta 1974.

Al tener algo distinto, había que postular lo que estaba bien, la contraparte, por eso surge luego el concepto de heterosexualidad, como la contraparte “sana”.

Retomando la situación del VIH-sida en Uruguay, el ministro de Salud Pública en 1991, el Dr. C. Delpiazzo, postuló que el uso del preservativo no era tan seguro para prevenir el sida, por lo que lo suspendió dentro del período de sus funciones. Situación, si se quiere, llamativa, ya que, en el resto del mundo, sobre todo en EEUU y Europa, se incentivaba el uso de profilácticos como mecanismos de protección contra el avance del sida, el cual ya era una pandemia que dejó estragos ya hacia fines de los 70 y principios de los 80. Como reacción a esta política del MSP, se suscitaron movimientos de jóvenes, no sólo homosexuales, que salieron a las calles para protestar.

Algo relevante que plantea el autor es que el sida colocó nuevamente a las personas LGBTIQ+ en una situación de vulnerabilidad y de objeto de crímenes de odio por parte del

resto de la sociedad. Mencionemos como ejemplo de lo anterior un hecho de sangre ocurrido en 1976 en Tucson, Arizona – EEUU, donde un grupo de estudiantes de secundaria asesinaron a golpes a un joven gay. Las consecuencias por esta situación de odio fueron bastante blandas, ya que el juez dejó libres a los asesinos alegando que eran menores y buenos estudiantes. (Muñoz, 1996; p.52). Este hecho como muchos que otros que sucedieron contra la colectividad, marcaron la situación de miedo para quienes eran sujetos de estas situaciones³⁷.

C. B. Muñoz cuenta que en Montevideo las cosas no eran distintas a lo que sucedía en EEUU. Un hecho de sangre, ocurrido en la década de los 90 y cuya víctima fue otro hombre homosexual, derivó, durante la supuesta búsqueda del responsable, en razias y personas detenidas. Según Muñoz, la causa de estos actos sería en realidad que miembros de la policía no habían recibido un acostumbrado soborno por parte de los dueños del establecimiento “Controversia”. Por esta situación de chantajes, surgió la primera organización en lucha por los derechos de los gays, que se llamó “Escorpión”.

El autor justifica toda su investigación, en las anécdotas vividas por él y sus entrevistados, con la idea de poder dar conocimiento y arrojar luz sobre lo que no se conoce. De alguna manera, el autor quiso romper la etiqueta de “monstruo” creada por la sociedad y potenciada por la esfera médica. La cual en su momento puso el VIH-Sida y a todo lo que era distinto a la heterónoma en el mismo lugar de epíteto negativo, y perjudicial para la sociedad sana en general.

Por otro lado, el historiador y politólogo Diego Sempol, en su libro “De los baños a las calles. Historia del movimiento lésbico, gay, trans uruguayo (1984-2013)”, presenta una línea de tiempo sobre hechos de la historia uruguaya relacionados con las minorías sexuales. Los grupos que hoy se nuclean con las siglas LGBTIQ+ son representados en este libro a través de entrevistas realizadas a los actores que vivieron los hechos antes mencionados.

³⁷ C.B Muñoz describe muchos homicidios en donde las víctimas fueron hombres gays, y tales hechos de sangre no derivaron en consecuencias legales para los presuntos culpables. Esto habría dado lugar a que crecieran los crímenes de odio contra la comunidad LGBTIQ+; se dejaba entrever que las agresiones en contra de aquellas personas que estuvieran por fuera de la heteronormatividad podían quedar impunes. Por lo tanto, quienes no fueran heterosexuales cis veían no sólo cada vez más precarizada su vida en general, sino que, además, pasaban a encontrarse en una situación de peligro inminente.

D. Sempol se nutre directamente de la historia de las minorías sexuales en nuestro país, pero también de una variedad de autores que han trabajado esta temática; abarcando áreas como la diversidad sexual, la construcción del género y las relaciones de poder. Todo ello se presenta desde el anclaje de la diversidad sexual y su constante lucha por el reconocimiento de sus identidades y el de sus derechos, que a lo largo de la historia fueron sesgados o limitados.

En el periodo de la dictadura cívico- militar, (1973-1984) se daban episodios de persecución por parte de las autoridades contra los homosexuales, las mujeres trans, y todo aquel que no entrara en el esquema heteronormativo. Esta persecución se daba por el hecho de que estas personas eran consideradas como enemigos que corrompían los buenos valores y el orden establecido de una sociedad; en la que se colocaba como ideal de base las buenas costumbres y el valor de la familia biológica y heterosexual. Todo ello enraizado en los cánones de la iglesia católica.

El autor no sólo plantea que hubo persecución desde el Estado, sino también desde otras instituciones de poder. Éstas, asimismo, establecían directrices sobre lo que era aceptado y lo que era desviado.

Es por eso que “una parte clave en la normalización de este mecanismo de dominación la tuvieron los discursos médicos y psicoanalíticos, los que en Uruguay durante casi totalidad del siglo XX censuraron y patologizaron la sexualidad homoeróticas y las identidades genéricas disidentes.” (Sempol, 2013; p. 23).

Incluso ya finalizando la época de la dictadura en nuestro país se detenía a estos “cuerpos disidentes” (como lo plantea el autor), ya sea en la calle o en ámbitos públicos o privados; siendo posteriormente chantajeados y/o amenazados por las personas de autoridad. Las amenazas suponían divulgar la condición de homosexualidad de los detenidos; en sus ámbitos familiares o laborales. Esto le generaría al detenido el rechazo por parte de sus allegados, convirtiéndose en un paria social, según los cánones sociales que regían en ese momento.

Esta situación de chantaje por parte de los policías, y otros oportunistas, continuó dándose después de recuperada la democracia en nuestro país. Por estas situaciones de chantaje y amenazas a las personas, nace en 1984 el grupo en defensa de los derechos de los gays y

lesbianas, llamado Escorpio³⁸. Este grupo nació como una forma de protesta por las situaciones de constatación de violencia que vivían los amigos y conocidos de sus integrantes. El autor remarca que en Escorpio no se aceptaba a las personas trans (siendo una población muy discriminada), lo que parecería irónico, ya que uno esperaría cierta empatía de parte de las personas gays³⁹. No obstante, posteriormente se dio la formación de un grupo a favor de los derechos de todas las minorías sexuales, llamado Homosexuales Unidos.

La cultura dominante sobre la sexualidad, sobre lo aceptable y los parámetros de la sexualidad, el binomio masculino-femenino, colocaba afuera de la situación a las personas travestis, a las cuales se las cuestionaba por rechazar su cuerpo biológico. Siguiendo esta línea, el autor nos describe un hecho histórico en la medicina de nuestro país. El 10 de abril de 1991, en el hospital universitario Dr. Manuel Quintela, se realizaba la primera operación de resignación de sexo a una mujer trans de nombre Ángela. Ella, luego de una gran espera de años, pudo obtener su operación, la cual muchas mujeres trans de Uruguay ya se realizaban hacía tiempo en Chile⁴⁰.

En el año 2004, junto con las elecciones nacionales en las que ganaba por primera vez en el país un partido de izquierda (que, además, tampoco era de los fundacionales: Partido Colorado y Partido Blanco), se formó el Colectivo Ovejas Negras, integrado por personas homosexuales con ideologías radicadas en la izquierda política. Esta agrupación surgió en pro de visibilizar y luchar por los derechos de las personas LGBTIQ+. El Colectivo Ovejas Negras, vio mayor posibilidad de colocar en la agenda del nuevo gobierno que llegaba al poder, el primero del Frente Amplio, la lucha por los derechos de las minorías sexuales⁴¹.

³⁸ Grupo que mencione con anterioridad en el libro de C. B. Muñoz.

³⁹ Las personas trans no sólo vieron negada su entrada a Escorpio, sino también a los dos bares gays que abrieron por primera vez luego de la vuelta de la democracia: Arcoíris (que estaba cerca de la sede central de la UdelaR) y Controversia (que abrió en pleno 18 de julio). Si bien estos centros de entretenimiento fueron fundados luego del retorno a la democracia, continuaban siendo objeto de razias policiales. Estas prácticas eran fomentadas por quien era el ministro del interior en ese momento y terminaron en el año 89, cuando el propio ministro tuvo que renunciar tras las protestas sociales en contra de dichas prácticas, sumándose también al fenómeno de la oposición política al Partido Colorado, quien gobernaba en ese momento. Se llamó a una reunión del Senado y se presionó al presidente para que se destituyera al ministro del interior. Asumió luego, como nuevo ministro, Francisco Forteza, el cual dejó de recurrir a las razias, las cuales se “justifican” previamente con el discurso de que se buscaban a sospechosos de crímenes (como las ventas de drogas).

⁴⁰ En nuestro país, como lo comenta D. Sempol, desde la operación de Ángela en 1991 hasta el año 2012, el hospital universitario habría realizado unas quince operaciones de resignación de sexo. Luego del segundo año se hizo un alto porque el director del hospital no pensaba que se tratara de una prioridad. Lo mismo habría ocurrido para el caso de las mastectomías, que se practican a los hombres trans.

⁴¹ Con el primer gobierno de Tabaré Vázquez, y luego con el de José Mujica, se establecieron avances en lo que eran la agenda de derechos del colectivo, el cual estuvo presente con consignas para visibilizar al colectivo LGBTIQ+, y sobre

En la lucha por ganar derechos, ya en el año 2007, también dentro del gobierno de Tabaré Vázquez, se crea la unión concubinaria, la cual, a grandes rasgos, permite a las personas, que vivían en pareja, pero no casadas, anotarse en el registro civil y obtener algunos derechos. Esto abarcaba tanto a parejas heterosexuales, como a las parejas homosexuales. A estas últimas se les continuaba negando el derecho al matrimonio, algo que sí ocurría en muchos países europeos, como fue el caso de España (en el año 2005), y, más cerca en el tiempo y en la región, en Argentina (a partir del año 2010). En el año 2012, una pareja de dos hombres que se había casado en España, presentó la documentación necesaria ante un juzgado para que su matrimonio obtuviera la validación en nuestro país. Siendo la representante legal Michelle Suarez, se consiguió que un juez en segunda instancia validará el matrimonio. Ello generó un antecedente para que parejas del mismo sexo, que se querían casar, viajaran a la Argentina y validaran después su matrimonio en Uruguay. La senadora Margarita Percovich, por el Frente Amplio, fue quien presentó un proyecto de ley que incluía la despenalización del aborto y el matrimonio igualitario en el año 2012. El primero fue aprobado en el mismo año de su presentación y el matrimonio igualitario posteriormente, luego de discusiones férreas, donde representantes de la iglesia planteaban que el bienestar de la institución de la familia estaba siendo amenazado, lo que generó discusiones tanto externas como dentro de los partidos políticos. El 10 de abril del año 2013 fue aprobada finalmente la ley que permitía y daba garantías para el matrimonio entre personas del mismo sexo⁴².

El mismo autor, Diego Sempol, en coparticipación con Malena Montano, publicó el libro con el título: “Baños públicos. La última segregación. Baños públicos, moral, género y sexualidad en Uruguay” en el año 2017, por medio de la Intendencia Municipal de Montevideo. En dicho libro los autores realizan otro análisis de cómo se encuentra la sociedad uruguaya en temas de derechos de equidad e igualdad, y sobre todo en relación a las “minorías” sexuales. La investigación es más bien descriptiva, pero coloca el foco en que la población trans (tanto hombres trans, como mujeres trans) tiene limitado el uso de baños públicos, diferenciados por una separación sexual genital. En esta perspectiva sesgada

todo sacarlo de alguna manera de las sombras. Como ejemplo cabe mencionar la campaña “un beso es un beso”, del año 2009.

⁴² D. Sempol (2013) plantea que muchos de estos reclamos y derechos ganados por la comunidad LGBTIQ+ se visualizaban, en gran medida, gracias a las performances que realizaban en forma de protesta y también a las marchas que se hacen todos los años en el mes de septiembre, conocidas como marchas de la diversidad.

meramente por ciertas características biológicas, surgidas desde la esfera de la medicina, se basa la división de uso de los baños públicos y, además, de la sociedad misma. Así, el libro pone como ejemplo un hecho ocurrido en el año 2014, en el que tres mujeres trans vivieron una continua cadena de situaciones negativas hacia su persona (así lo percibieron ellas), en el shopping de la Terminal de Tres Cruces. En resumen, la utilización de los baños públicos de la terminal les fue primero prohibida y luego limitada, generándose así situaciones de gran incomodidad, que reafirman el sentimiento de “ellos y nosotros”.

Los autores señalan que este asunto del uso de los baños parece, a priori, algo insignificante, sin grandes problemas, pero cuando se analiza con más detalle, se observa que muchas personas se ven limitadas en su utilización por diversas razones y muchas veces por miedo a posibles represalias.

La segregación sexual en los baños provoca situaciones de incomodidad para las personas que no son cis género. Para algunos usuarios que sí pertenecen a este último grupo, la presencia de personas de otro género en un baño público representa una molestia o, incluso, una amenaza. A partir de ahí, según comentan los autores, se han suscitado las transformaciones de algunos baños públicos, como ha sucedido en el IAVA, en el Teatro Solís, y en la Facultad de Psicología -UdelaR. “Baños para todos”, sería la idea de fondo detrás de esta transformación arquitectónica y social de instituciones de carácter público-estatal. La iniciativa obtuvo una respuesta positiva por parte del público en general. Luego, los autores de este libro que mencionamos han sugerido ampliar los baños sin diferenciación de género-sexo, y, sobre todo, brindar seguridad e intimidad a todos los usuarios.

Antecedentes sobre el discurso médico en la práctica y su relación con la sexualidad y las ETS.

La investigación que realizó Gonzalo Coteló Sténeri (2005), para su tesis de grado en sociología, con el título “La relación médico-paciente: tensiones entre paradigmas y conflictos en la relación actual”, presenta los componentes que entran en juego en la relación entre el médico y su paciente. Dicha investigación se realizó en el Hospital de Clínicas y en la sociedad Médica Uruguaya, donde se observó que los pacientes no sólo se informaban

con el profesional en la salud, sino también con otras fuentes, como el internet. Esto se debería, dice el autor, por los cambios de la posmodernidad y sus transformaciones sociales.

En la mencionada relación se ha observado, como algo a destacar, que en la actualidad el médico mantiene un distanciamiento para con su paciente que resulta propio de la posmodernidad y que no se habría dado antes de ella. El autor explica que esto puede darse por el multiempleo del médico y la posibilidad de ser demandado por mala praxis. Por este motivo, muchos médicos optan por llevar adelante una “medicina defensiva”. Esta estrategia implicaría una aproximación al paciente meramente desde las dolencias y las enfermedades, dejándose de lado así aspectos sociales, o de comportamiento del paciente, que pudieran incidir en su propia condición. Esto se conocería como “estrategia biomédica”.

Por otro lado, Coteló Sténeri afirma que es posible observar un ejercicio de poder médico en la relación entre estos profesionales y sus pacientes. Ello se vería reflejado en la práctica a través del miedo de los pacientes a no ser atendidos, o a que éstos sean dados de alta antes de tiempo. Se generaría también así una relación de dependencia por parte del paciente hacia el médico. Sería debido a esta dependencia y miedo, por parte de quienes son los beneficiarios del servicio de prestación de salud, que, según dice el autor, sólo se hicieron 10 denuncias por parte de pacientes a los médicos en un periodo de 6 años.

El autor asegura que, gradualmente, se estaría pasando de una atención biomédica a una más humanista, la cual este tiene un contexto en que al paciente se lo ve como a un todo, desde lo emocional, psicológico y familiar, y no como un cuerpo y nada más. Esto significaría una fuerte transformación del paradigma de la relación médico paciente.

Ahora bien, en el artículo con el título de “Génesis y práctica del *“habitus”* médico autoritario en México”, de R. Castro (2014), el autor expone los resultados de su investigación sobre la relación entre los obstetras, estudiantes y ayudantes y las mujeres a las que asisten a la hora del alumbramiento. En el mencionado artículo pueden apreciarse diversos ejemplos de situaciones de maltrato sufridos por las mujeres en medio de tal situación de vulnerabilidad, lo que nos proporciona un ejemplo más de un discurso y una práctica médica que podríamos llamar “contra intuitiva”.

R. Castro también realizó estudios sobre el desarrollo académico por el que pasan los estudiantes de medicina durante sus años de preparación para obtener el título. Refirió,

asimismo, a las prácticas durante el internado, las que incluían pasar muchas horas haciendo guardia (con el consiguiente desgaste físico y mental) como un castigo.

Otro de los rasgos críticos que se puede visualizar en este artículo, es la mención al estado de patriarcado que desestimula a las mujeres a especializarse en medicina, a través de comentarios y actitudes negativas, basándose en el género del médico.

Luego de describir lo que sucede con los estudiantes de medicina en formación, el investigador da cuenta de las situaciones vividas en una sala de parto en un hospital. Para su investigación Castro utilizó dos hospitales en México y se enfocó en pacientes de estatus socio-económico desfavorable; hecho que -en palabras del autor-, las disuadió de quejarse del trato recibido por naturalizar, o sentir que no pueden evidenciar la situación por tratarse de instituciones públicas.

Finalmente, del trabajo de R. Castro se desprende cómo las interacciones analizadas entre los médicos (figuras de autoridad) y las pacientes han dado lugar a burlas y hasta utilización de lenguaje grotesco, en detrimento de las segundas. El depositar a la mujer que está en trabajo de parto en un “no lugar” por parte del equipo médico, constituye unas de las mayores críticas que realiza el investigador en este artículo.

Como conclusión, R. Castro desemboca en dos grandes ideas: En primer lugar, se visualiza a la mujer desde una perspectiva meramente biológica, en tanto responsables de la reproducción y el cuidado de las generaciones siguientes. En segundo lugar, dichas maneras de tratar a estas pacientes son reproducidas ante los estudiantes durante su desarrollo académico, momento en el que conforman el escalafón más bajo en la pirámide del estatus médico, por lo que son incentivados a continuarlas.

Luego, otra investigación relevante, que centra la medicina y el concepto de Biopoder, es el trabajo que realizó R. Ayala-Valenzuela (2008), con el título “Biopoder: el poder y la violencia en la formación de profesionales de enfermería.” Dicha investigación se realizó en Chile, concentrándose en los centros de formación de enfermería. Donde un número importante, -para no decir todos los cupos- son asistidos por estudiantes femeninos. Esto se enlaza, con el hecho de que la enfermería comienza a existir como tal a principios del siglo XIX, donde el rol de la mujer era asistir únicamente al médico. Aquí, según la autora, se establece una relación de poder en la medicina, pero también una relación con respecto al rol de quien ejercer la medicina, a través de la diferencia del género. Ya que, en su gran

mayoría, con muy pocas excepciones, eran hombres quien ejercía la medicina, y las mujeres sí deseaban participar de la misma, estaban reducidas a este nuevo rol, de servicio al médico, que la enfermería tomaba como su objetivo y existencia en sí.

La autora, describe que en las escuelas de enfermería se constituyen situaciones de violencia, comenzando por la violencia simbólica de la asignación de ciertas tareas y cargos “estrictamente vinculados” a un género exclusivamente, el femenino. Dicha violencia se vincularía además con las actitudes de desacreditación constante y castigos verbales y psicológicos que realizan las y los docentes para con el cuerpo estudiantil. La investigadora describe estos castigos: desde la presión psicológica generada sobre la estudiante para que actúe de forma que le superan ampliamente, hasta el desmoronamiento anímico tras evidenciarla por el primer hecho.

Ayala-Valenzuela llega a la conclusión de que estos “llamados de atención” terminan por provocar lo contrario a lo que se desea, ya que muchas de las estudiantes terminan optando por abandonar sus estudios, o por el contrario resignado a continuar bajo importantes afectaciones tanto psíquicas como anímicas. Esto luego se trasladaría a la atención de los pacientes. Toda esta cadena de malos tratos resultaría, por así decirle, en una suerte de violencia “intrafamiliar”, donde se ejerce violencia de forma vertical desde la figura de autoridad, en el caso de los médicos y docentes hacia las estudiantes, y luego desde estas a los pacientes.

Por otro lado, la investigación que realizó la politóloga Marcela Schenck (2018), con título “La inclusión de la perspectiva de diversidad sexual en las políticas sanitarias del primer nivel de atención: análisis de la experiencia de policlínicas "libres de LGTBI- fobia" en la Intendencia de Montevideo” arroja luz sobre el acceso de la población “LGBTIQ” a las policlínicas médicas barriales, que son gestionadas por la Intendencia de cada departamento, en este caso Montevideo; y el Ministerio de Salud Pública.

M. Schenck enfatiza en su investigación la política impulsada por la IMM sobre establecer centros de salud libres de cualquier forma de discriminación a pacientes por su orientación sexual o de género. El estudio demuestra que todavía hay mucho por hacer a la hora de capacitar al personal médico en referencia al trato hacia personas que no estén comprendidas dentro de la heteronormatividad. Ello estaría dado por el hecho de que se continuarían

asociando algunas prácticas sexuales riesgosas con la población “LGBTIQ”. Esto acarrea preconcepos y aumenta la estigmatización de una población determinada.

La autora plantea además que la política libre de “LGBTIQ-fobia”, que nace desde la Intendencia, se ve delimitada por discursos no inclusivos de algunos funcionarios y médicos. Con ello se caería en una continuidad de prácticas de las décadas de los 80’s y 90’s; cuando el surgimiento del VIH-Sida demostró una afectación, no sólo epidemiológicamente, sino también socialmente, a la población que hoy continuaría teniendo restricciones a la hora de acceder a un centro sanitario de salud.

Siguiendo con las conclusiones de M. Schenck: la autora comenta que se intenta, desde la Intendencia, hacer cumplir con sus políticas públicas y sociales; para eso se apunta a la realización de capacitaciones y posterior control de las mismas.

Este tipo de discriminaciones detalladas en la investigación de M. Schenck son también traídas a colación en el artículo intitulado “*SIDA: la más política de las enfermedades*”, de D. Bottini (1994). Dicho artículo tiene por subtítulo “*El SIDA molesta al poder médico*”. En dicho trabajo el autor describe los pocos avances médicos y científicos que había sobre el virus HIV causante del SIDA, y cómo los pacientes que eran portadores del virus o la enfermedad se veían envueltos en discriminaciones y hostilidades por parte del cuerpo médico que los atendía.

El VIH tuvo su visualización en la década de los 80’s y 90’s, y fue denominado en aquella época como la “peste rosa”; dado que se creía que la misma sólo estaba relacionada con personas homosexuales. Por este motivo la enfermedad, que hay que remarcar, se transmite por vía sexual mediante el contacto de fluidos corporales portadores del virus VIH, era algo que de lo que no se hablaba y era un tema incómodo para la esfera de la medicina, la social y la familiar. Los pacientes eran olvidados y aislados, porque se pensó por mucho tiempo que el simple contacto físico con un paciente diagnosticado VIH positivo provocaría contagio. Una “solución” en dicho momento fue el aislamiento de los pacientes.

Antecedentes sobre investigación médica.

Dentro del marco de las “ciencias duras”, se han llevado adelante varios trabajos de investigación relevantes sobre el papiloma humano. Ya en el año 1990, la dra. M. Frascheri presentó su tesis de postgrado en ginecología con base en investigación sobre el HPV. Dicha

tesis tiene por título: “Estudio, diagnóstico y tratamiento de infecciones por HPV (papiloma humano).” Resulta relevante mencionar la clasificación taxonómica y la descripción de diferentes cepas existentes del virus, contenidas en dicho estudio, y cómo se las encontraba a través del estudio de Papanicolau. Claro está, la mencionada tesis se centró en el HPV para el caso de mujeres y en especial ante la consideración del cáncer del cuello uterino.

Otro trabajo de investigación que se realizó en la Facultad de Medicina de nuestro país, también un trabajo final del posgrado, esta vez en el área de oncología ginecológica, es el denominado “Condilomatosis, HPV” y es de la autoría del Dr. J. Pérez Facio (2006). Dicho trabajo se enfoca en describir los tratamientos existentes para las verrugas genitales provocadas por cepas de bajo riesgo. Para ello existe una droga (crema) que pertenece a una clase de medicamentos llamados modificadores de la respuesta inmunológica. Se explica en el trabajo cómo debe ser aplicada dicha medicación, y las consecuencias que pueden acarrear su uso excesivo. También comenta los tratamientos quirúrgicos en el útero, de ser necesarios, y que dos laboratorios en el mundo y el centro de cáncer de los Estados Unidos están estudiando el virus para poder obtener una vacuna.

En el año 2008 se publicó, en México, una investigación multidisciplinaria, en las áreas de epidemiología, antropología y sociología; intitulada: “Para una epidemiología sociocultural en el estudio del cáncer cervicouterino: experiencias de investigación” (de Patricia Aranda G. y Ma. del Carmen Castro V.).⁴³ El principal objetivo de este estudio consistió en conocer con qué información contaban las mujeres a la hora de enfrentarse al cáncer cervicouterino. Para ello, el trabajo de investigación se dividió en dos fases.

Para la primera se llevó adelante una recolección de datos estadísticos, por un lado, tomando en cuenta el número de casos de mujeres con cáncer cervicouterino y, por otro, la información brindada por seis estudios médicos.

En una segunda instancia se optó por la realización de entrevistas a distintos sectores poblacionales de Sonora-México. Los resultados de dichas entrevistas arrojaron que aquellas mujeres de hogares con reducida capacidad, tanto económica como cultural, y además un menor acceso a centros médicos, se habían realizado Papanicolaou en lapsos de tiempo muy

⁴³ Región y sociedad vol.20 spe 2 Hermosillo enero. 2008

amplios (lo cual no es lo recomendable). Fue posible encontrar, incluso, mujeres que directamente no se habían realizado ese estudio en toda su vida; aunque siendo estos los menores casos. Otro dato relevante arrojado revela que las mujeres de hogares más pobres comenzaron a realizarse el Papanicolaou luego de haber sido madres por primera vez o luego de haberlo sido más de una vez. Se concluye que el desconocimiento y la falta de acceso a centros de salud, afecta muy especialmente a las mujeres más pobres, en el caso de la prevención de enfermedades, como es en este caso el cáncer.

También enfocado en las mujeres, el trabajo de S. Valsangiácomo (2013), denominado “Genotipos de HPV circulando en la comunidad”, presenta un estudio químico llevado a cabo en el laboratorio de biología molecular del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Dicho estudio fue realizado utilizando 522 muestras de sangre que fueron extraídas de mujeres que no supieran que tenían HPV, y que no estuvieran en estado de gestación. El objetivo fue el de detectar alguna posible cepa del virus en las muestras, de entre 24 genotipos de HPV. El resultado determinó que el 14% de las muestras dieron positivo para HPV. De ese 14% de mujeres, 80% presentó una sola cepa, el resto tenían de dos a cuatro cepas del virus HPV.

Podemos mencionar, finalmente, el trabajo intitulado: “Cáncer de Cuello Uterino”, de S. De Melo, F. Delgado. Et. Al. (2015). Se trata de un estudio comparativo a nivel mundial en referencia a dicha enfermedad. Uno de los resultados obtenidos devolvió que los países nórdicos tenían el porcentaje más bajo de incidencia en cáncer de útero, siguiéndoles Australia. En un estado catalogado como medio bajo se encontraban países de Europa central, Estados Unidos y Canadá. Los países con mayor riesgo fueron países africanos y países de Europa del Este. Muchos de estos países tenían una tasa alta de riesgo con respecto al cáncer de útero, por el hecho de que la población no podía acceder de forma gratuita a las vacunas y a consultas médicas tempranas. Los países que mostraron mayor nivel de protección sobre sus ciudadanos con respecto al HPV, fueron Dinamarca, Estados Unidos y Australia.

Antecedentes investigaciones sociales sobre HPV.

Desde la perspectiva del virus del HPV, a nivel de la psicología, existen dos investigaciones que lo abordan con respecto a mujeres que son portadoras y la relación de ellas con sus médicos tratantes:

El primer trabajo se intitula “Mujeres y HPV: significados, reacciones emocionales y prácticas de (auto) cuidado en salud.” de V. Bogliacino (2015). En dicho trabajo de investigación la autora se propuso estudiar cómo las mujeres reciben el diagnóstico positivo de HPV en el útero y se cuidan a partir de ahí. Para esta empresa, la autora entrevistó a mujeres de centros de salud públicos y privados, siendo su población de estudio de 25 mujeres portadoras de HPV. Bogliacino llega a las conclusiones de que las mujeres se cuidan y acatan todas las indicaciones que le brindan los médicos, pero tener relaciones sexuales con protección, por los conflictos que se generan con sus parejas, sería la única que les cuesta llevar a cabo; según nos cuenta la misma autora. Algo relevante que surge de esta investigación, es que se plantea que las mujeres que fueron diagnosticadas con HPV no habían oído de dicho virus hasta que fueron al médico y se les detectó el virus en su organismo. La falta de conocimiento sobre las ETS es un patrón que resalta varias veces la autora. Al ser una investigación de carácter psicológico, la autora se enfocó en cómo las emociones se materializaban y se enfocaban sobre el diagnóstico médico, encontrándose sentimientos negativos por parte de las mujeres que fueron diagnosticadas.

Otra investigación de carácter psicológico es “Incidencia del vínculo médico/a-usuaria en la adherencia al tratamiento para la prevención secundaria del cáncer de cuello uterino - un estudio desde la perspectiva de las mujeres afectadas” de I. Troche Bruno (2015). La investigadora seleccionó a su población de estudio a través de tres criterios. El primero de ellos fue que se tratara de mujeres. El segundo que se les haya detectado HPV en el útero y el tercero y último, que se encontraran dentro del rango de edades comprendido entre 20 a 49 años.

De forma similar al caso de Bogliacino, la investigación de Troche Bruno versó en la relación entre las mujeres portadoras de HPV y los médicos que las atendían, desde la detección del virus y el diagnóstico que se le brinda a la paciente, hasta el proceso del tratamiento que se le realizara. Al ser una investigación de carácter psicológico, la autora exploró asimismo el entramado emocional de las pacientes, y las reacciones a partir de la presentación del diagnóstico positivo.

Este segundo estudio concluye que el vínculo entre las pacientes y los/as médicos/as era uno muy débil. Esta conclusión se basa en el hallazgo de que, a partir de las entrevistas realizadas, los médicos tratantes simplemente proporcionaban el diagnóstico y el tratamiento que se

debía seguir, lo que generaba una sensación de inseguridad para la paciente, al no sentirse contenida. Con respecto a esto, la autora plantea que a las entrevistadas les surgían miedos en relación al HPV, como la culpa y la sensación de responsabilidad, como ocurría en la investigación anterior, ante conflictos con sus parejas. Como podremos suponer, el mayor miedo que les aquejaba era la propia muerte.

Antecedentes investigaciones sociales sobre VIH-Sida.

Como hemos visto anteriormente, se ha establecido, ya desde la propia OMS, y se ve repetido en las distintas esferas médicas, una relación directa muy fuerte entre el virus del HPV con los causantes de otras ETS, en especial el causante del VIH-Sida. Por ello, es relevante para esta investigación mostrar y entender los trabajos que se han realizado, en las ciencias sociales, con respecto al virus de VIH-Sida.

Este virus de transmisión sexual es el de mayor peso y relevancia, tanto en la esfera médica como en la social, ya desde fines de la década de los 80' y principios de los 90', generando en aquel momento un desconcierto general. A continuación, se expondrán investigaciones que han trabajado con diversas variables sociales en torno al propio virus del VIH-Sida.

El trabajo que realizó Mario Pecheny (2000) sobre el VIH/Sida, denominado “La investigación sobre sida y HSH en América Latina y el Caribe: políticas públicas y derechos humanos.”

El número de infectados en América Latina y el Caribe es igual a de los países desarrollados. Otro dato relevante es que el sexo entre hombres sin protección, es el número de población que aumenta en casos positivos del VIH con respecto a las otras categorías. Esto se puede explicar plantea el autor, por el hecho que las políticas sociales no están enfocadas a ellos, y que ellos mismos HSH no se auto identifican como homosexuales. Por esta razón los epidemiólogos han propuesto utilizar la categoría “hombres que tienen sexo con otros hombres”, por el hecho de que así se puede agrupar a estos hombres que, por distintas situaciones, tabúes, prejuicios, etc. No se auto perciben como homosexuales, y así los científicos los pueden etiquetar y estudiar. Ya que muchos son trabajadores sexuales, o viven dobles vidas, teniendo relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres, de las cuales muchas veces estas son las únicas relaciones visibles tanto en la intimidad familiar como al exterior de la sociedad.

En muchos países, nos dice el autor, se piensa que el gay es quien toma el rol de pasivo en la relación sexual, no así quien toma el rol activo.

El autor hace una fuerte aclaración, y es que no todos los gays tienen o podrán ser en el futuro portadores del VIH o los HSH estarán en la misma situación epidemiológica. Pero reafirma en la misma línea, que estos están en mayor riesgo de serlo que los heterosexuales, por las prácticas sexuales no seguras, las cuales muchas veces se componen de la no utilización de preservativos, por miedo al rechazo; o la confianza que se tiene a la pareja. En otros casos por la creencia que se tiene en algunas regiones de América Latina y el Caribe, que quien no se identifica como homosexual, no puede ser contagiado. Lo que demuestra, plantea el autor que prácticas sexuales e identidades, no siempre van en la misma línea.

Si bien cuando surgió la epidemia, se asociaba al VIH-Sida con los gays, el autor plantea que al hacer visible la situación de la pandemia y el aumento de casos, ha hecho que se visualice la existencia de HSH.

El sida, trajo que los estados tengan que hablar de sexo y de homosexualidad, dos cuestiones que estaban reservados al ámbito personal de cada individuo, y que ahora se debe poner sobre la mesa para tratar de detener el aumento de casos del VIH. Por lo tanto, plantea el autor que la pandemia del Sida, hizo que se visualizara a nivel regional la homosexualidad, y las carencias y faltas de derechos que sufrían y sufren en varios países del continente. La falta de acceso a la salud, protección estatal, etc.

En definitiva, el autor ve que el VIH-Sida, obligo a los estados hablar de temas que, por tabúes, miedos o prejuicios, etc. No se hablará, y que trajo consigo que las ONG's y las comunidades salieran a las calles en pos de obtener derechos que antes eran ignorados.

Los autores C.F Cáceres, M. Pecheny y V.T. Junior fueron los responsables ordenar y escribir parte de un copilado para ONUSIDA del año 2001, con título Sida y sexo entre hombres en América Latina: vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción. Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo.

Este trabajo es la acumulación de investigaciones previas sobre la temática Sida y HSH (hombres que tienen sexo con hombres) en América Latina. Que comenzó en 1999 con el apoyo institucional de ONUSIDA el año anterior.

HSH no es lo mismo que gays, en las entrevistas hechas a los médicos, alguno/a hacían investigación científico-medica, y cuando se referían a población de estudio de su campo, el

primer grupo era HSH. Pero se daba a entender, que eran pacientes que iban a atenderse por HPV o VIH, y decían que tenían sexo con un individuo o más de uno de su mismo sexo, no identificándose éstos como gays ya que este tipo de relaciones se caracterizan por ser promiscuas, esporádicas, y clandestinas.

Los autores dan el dato cuantitativo que más de un millón ochocientos mil adultos y niños de América Latina y el Caribe, son portadores de VIH. Siendo la vía de transmisión sexual de hombres con otros hombres la más relevante desde México hasta Argentina. Los HSH son vistos como la población más vulnerable al contagio, siendo los jóvenes el segmento de población que más se contagia con respecto al resto de las franjas etarias. Teniendo mayor probabilidad de contagiarse, los hombres que toman el rol pasivo en la relación sexual. A nivel regional, existen políticas públicas que tratan de contrarrestar esta situación; pero según mencionan los autores existen distintos factores que hacen que las mismas no lleguen a ésta población objetivo. Éstas incluyen desde tabúes sobre las relaciones sexuales de este tipo, así como ocultamiento y negación de las mismas ante la sociedad.

Cáceres y Pecheny comentan que más de un tercio de los casos de personas que tienen Sida, se deben a transmisión sexual de un varón a otro; y al mismo tiempo comentan que en teoría los HSH son una fracción pequeña de la población. Pero la prevalencia del VIH en población HSH es en promedio del 5 al 20% en ciudades grandes de América Latina y el Caribe, en contraste con la población adulta en general es por debajo del 1%.

¿Por qué es constante que la población de gays y HSH tengan VIH/Sida? Los autores plantean que es multifactorial, considerando el comportamiento sexual promiscuo de los gays, así como las pocas o nulas políticas públicas sobre esta población específica. Cuando surgen los primeros casos de VIH en el continente, y el escaso o nulo acceso a información de calidad por parte de la población en general sobre el virus. El estigma negativo a los HSH, a los pocos derechos que se les reconoce en la diaria, son factores que inciden, así como la no llegada a trabajadores sexuales, para poder prevenir el VIH.

Muy pocos gobiernos se han dedicado e involucrado sobre la población HSH, estos países con gobiernos que han llevado algunas políticas, son: Argentina, Brasil, Colombia, Chile México, Perú y República Dominicana. Estas políticas fueron apoyadas económicamente por varias instituciones internacionales enfocadas en la lucha contra el VIH a nivel mundial. Estas políticas no llegan a todos, como plantean los autores. Quienes quedan afuera son por

ejemplo los HSH, pero que no se identifican como gays, y entonces es difícil para el estado y las ONG's que trabajan sobre la temática llegar a ellos.

Dentro del informe, participan investigadores de Perú, Chile, Puerto Rico, Argentina y Brasil. Concentrándonos en el trabajo por Argentina, de los investigadores Héran Manzelli y Mario Pecheny, con el título de "Prevención del VIH/Sida en "Hombres tienen sexo con hombres". Los autores dividen teóricamente el encare de la población estudiada, en tres modelos, siendo: 1) el modelo epidemiológico- conductual. El cual consiste en que da por hecho que las personas son sujetos racionales, y que pueden discernir costo/ beneficio de una situación. Con respecto a la sexualidad, actúan debido a los conocimientos previos que tienen, y actúan en el mayor comportamiento que les traiga beneficios y menores riesgos; o los mismos ya son conscientes y esperados.

El segundo modelo, antropológico- cultural: este modelo intenta explicar el porqué de las acciones de las personas a la hora de tomar protecciones en vía de una relación sexual, siendo estas acciones ancladas en el contexto cultural y socio- económico del individuo que se encuentra. Este modelo surge por las carencias que mostraba el anterior, porque el mismo no contribuye como esperaba a que tuviera un cambio de comportamiento de riesgo hacia uno saludable. En este modelo son muy relevante las normas y las culturas de los individuos. Codificándose los juegos de roles y el uso de drogas.

El tercer modelo es, político- social: toma como base que las desigualdades económicas y sociales son el mayor factor de que aumenta la epidemia, y a la vez postulan que los cambios de esta situación se fruten hacia un comportamiento saludable. Siendo este último modelo, el más político, ya que postula que a través de la política se da el cambio. Cuando surge la pandemia los primeros afectados fueron los gay y los bisexuales.

Cuando se aplicó el primer modelo en países industrializados, los autores comentan que en los grupos gays, se aceptaba la información y se tomaban medidas contra el VIH, pero en el caso de los heterosexuales y los HSH, no era aceptado en el sentido de mayor protección. Los investigadores que llegaron a esa conclusión, plantean como hipótesis que los gays funcionaban como colectivos, su cultura y que el resto era más individual.

Con el segundo modelo, se trabajaba en lugares donde se podría captar mayor número de hombres que no se auto percibían como gays, pero sí mantenía relaciones sexuales con otros hombres. Así se intentaba llevar información a población de riesgo.

Potenciando este último, surgen políticas sociales enfocadas en llegar HSH, ya que aquí entraba en juego tabúes, negaciones y una no autopercepción, que dejaba al individuo en una situación de mayor vulnerabilidad de quienes sí se auto percibían como gays. Las distintas políticas que dan sus frutos a la hora de bajar el número de infectado con VIH, en poblaciones que son marginadas e ignoradas. Son las políticas que implican, dicen los autores, a brindar otros trabajos a los y las trabajadores sexuales, brindar y apoyar el uso de preservativos y políticas de cuidado a la población que consume drogas inyectadas.

Los HSH lo toman como una opción de comportamiento, y no una identidad sexual, por el hecho de que muchos hombres o porque son activos o son trabajadores sexuales, en muchas culturas no son tomados como homosexuales. Algo importante que marca los autores es que, no todos los gays pueden ser portadores del VIH, y no todos los HSH se reconocen como gays, siendo su situación más riesgosa, por lo oculto, se podría decir de esas prácticas sexuales.

El trabajo realizado por los investigadores César A. Núñez, Sergio Aguilar y Víctor Hugo Fernández (2001), titulado “Exclusión social y VIH-Sida en Guatemala”, muestra información relevante en diferentes áreas, apuntando a generar un cambio social y político sobre la forma en que se estaba actuando desde la medicina y, sobre todo, desde la esfera política, con respecto al VIH-Sida. Algunos de los datos más relevantes que se exponen señalan la tendencia de que las personas pertenecientes a los estratos sociales-económicos medios-bajos y bajos no utilizan profilácticos. Esto se debe, en gran parte, a cuestiones de índole cultural, ocurriendo que la mujer “se cuida sexualmente” cuando el hombre se lo pide. La mujer, en dichos contextos, parecen no tiene voz en cuanto al cuidado de su sexualidad, ni de las prácticas en sí.

Otro dato relevante arrojado por esta investigación señala que las personas, en general, desconocen parcial o totalmente las ETS, y sobre todo las formas de cuidarse a la hora de relacionarse sexualmente. Los investigadores remarcan que esta situación se observa con frecuencia en todos los estratos sociales, y que ello se debería a factores como la cultura, un fuerte arraigo del “patriarcado”, y por el hecho de que la religión cristiana (principalmente católica) incide fuertemente en el desarrollo de la vida sexual y reproductiva de las personas.

El VIH-Sida no sólo afecta a la salud de las personas, sino también a sus posibilidades de poder ingresar al mercado de trabajo formal. Los investigadores exponen que, en Guatemala,

en el ámbito privado, se piden análisis de sangre de ETS como forma de filtro a la hora de contratar personal, situación que vulnera los derechos de los trabajadores y expone y continúa “estigmatizando” a las personas que son portadoras. Esta “estigmatización” puede verse especialmente en los centros de salud en medios rurales, donde la atención contra el virus es de menor calidad que la ofrecida en las grandes ciudades del país. A todo ello se suma la discriminación social y religiosa hacia el individuo. La falta de conocimiento general en relación al uso de profilácticos de uso masivo en la población provoca que los contagios ocurran con mayor frecuencia en relación a otros países y, sobre todo, el aumento de la tasa de portadores del virus desde edades tempranas, lo que se deben en mayor proporción al contagio desde la madre hacia el bebé.

La investigación de los autores C. Herrera et al. (2003), con título “Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidad de vida.”, se realizó en México, tomando como población de estudio a personas que fueran VIH positivo y se atendieran en centros de salud estatales. Esta investigación se planteó conocer la evolución que tuvo la medicina con respecto al VIH-Sida y, sobre todo, conocer el trato entre los médicos y los pacientes cero positivos.

Algunos datos de importancia que brindan los autores: en el año 2003 (fecha que se finaliza esta investigación), había 182.000 adultos infectados por VIH, de los cuales sólo 30.000 pacientes positivos reciben atención y acceso a medicamentos contra el VIH-Sida, por parte de un servicio de salud estatal.

Entre los años de 1997 y 2003, según plantean los investigadores, se habría podido evitar la muerte de 3.000 pacientes con VIH-Sida. Dichos pacientes estaban en el rango de edad comprendido entre 25 a 34 años. La gran mayoría de estas muertes, según los autores, pudo haberse evitado con el acceso a la medicación correcta y una respuesta médica favorable.

Las personas en México con VIH-Sida padecen situaciones de discriminación social, laboral e intrafamiliar. Pero, sobre todo, en los centros de salud, experimentando situaciones precarias a la hora de obtener una atención médica de calidad.

El trabajo de campo de esta investigación constató de 40 entrevistas, realizadas en las áreas en los estados de Guerrero, Morelos y el Distrito Federal del México. Se discriminó a la población de estudio por sexo y se entrevistaron a 20 hombres y 20 mujeres. Todos los entrevistados debían declarar que realizaban prácticas sexuales heterosexuales. La forma de

contactar con dichos entrevistados fue a través de la técnica “bola de nieve”. Los entrevistados eran captados en centros de salud, en el área específica para VIH-Sida, en centros estatales y ONG, que incentivaran la forma de convivir y vivir siendo cero positivos. La técnica de entrevista utilizada fue la de la utilización de guías estandarizadas, donde lo que se buscaba era conocer cómo vivían los entrevistados; desde su relación con los centros de salud, la obtención de medicación y los estudios de su patología; hasta los vínculos sociales, familiares y laborales.

Para procesar la información de las entrevistas, los investigadores tomaron la decisión de utilizar el método de análisis inductivo, propuesto por Glasser & Strauss. A partir de ahí construyeron códigos iniciales, de los cuales luego surgieron nuevos códigos.

De esta investigación se desprenden las conclusiones a las que llegaron los investigadores: que la población en general tiene aún mucho desconocimiento sobre el VIH-Sida, y las formas de contagiarse. Este desconocimiento se transforma en miedos, que a su vez se vuelcan en forma de rechazo social visible hacia las personas que son portadoras de VIH.

Por otro lado, aún se sigue asumiendo que el VIH es una condena de muerte para quien lo padece. Esta situación nos retrotrae a los propios comienzos de las convulsiones sociales por este virus, allá por las décadas del 80’ y el 90’.

Uno de los rasgos que muestran como relevante los investigadores es que no existe un seguimiento de los pacientes que son cero positivo, por lo que muchos terminan abandonando los tratamientos. Esto se debe a una mala experiencia con los centros de salud, por la falta de acceso a especialistas y a una medicación acorde a sus dolencias. También a partir de las entrevistas se aprecia que muchos pacientes han declarado cierto malestar a la hora de relacionarse con los médicos, ya que perciben maltrato a partir de ellos, por el simple hecho de ser portadores del VIH-Sida. Los investigadores se plantean avanzar en futuras investigaciones con respecto al VIH, pero esta vez enfocándose en los médicos tratantes.

La investigación realizada por J. Ocampo Martínez (2005): “Bioética y VIH/SIDA: La responsabilidad del paciente, la sociedad y el estado”, hace un recorrido desde la historia de la medicina y cómo la misma se ha relacionado con el VIH-Sida, en un México que cada año ve en aumento sus tasas de personas portadoras del virus. El investigador, desde la filosofía crítica, realizó una suerte de línea de tiempo con respecto al VIH-Sida; desde su primer impacto en la medicina y la sociedad, hasta el momento de edición (2005).

En la línea de tiempo que realizó Ocampo Martínez se muestra como un hito histórico relevante en la salud de la población mexicana la situación vivida en 1907, cuando México tenía una tasa alta y constante de personas que padecían sífilis⁴⁴. Cuando el Estado mexicano, y sobre todo el organismo encargado de la salud estatal, llevó adelante campañas para la prevención y el cuidado de la población con respecto a la sífilis, se encontró con el descontento de algunos grupos religiosos y organizaciones sociales de carácter conservador, que se oponían a campañas que hablaran abiertamente de sexualidad. Esta resistencia se volvió a vivir en México cuando el Estado realizó una fuerte campaña en contra y en prevención del VIH-Sida, que estaba teniendo un gran impacto ya para 1989. Nuevamente los grupos reaccionarios conservadores sociales y religiosos demostraron su descontento lo que, al parecer, provocó que la campaña se redujera; lo que a su vez hizo que la información de prevención del VIH-Sida, a través de uso de preservativos, no llegara a un número considerable de ciudadanos, como se esperaba primariamente. Todo ello desembocó en desinformación y en una población que, en general, posee ideas erróneas sobre las ETS, y sobre todo el VIH-Sida.

El autor describe también cómo esa falta de información sobre el VIH construye imaginarios erróneos que inciden negativamente en algunos profesionales de la salud, a la hora de atender pacientes cero positivo. Ello podría observarse cuando los pacientes con VIH-Sida son rechazados o atendidos de una forma incorrecta por parte los médicos. Estas situaciones provocan que las personas vean sus derechos y la atención de su salud afectados muy negativamente, quedando así en una posición de vulnerabilidad.

⁴⁴ La misma es una de Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS). En la actualidad no muestra complicaciones de gravedad para los pacientes que la padecen, pero debe ser pronosticada a tiempo y comenzar con el tratamiento de forma inmediata. El mismo consta de la utilización de la penicilina. Algunos de los síntomas que provoca la sífilis son erupciones en el cuerpo, o pequeñas úlceras. También pueden aparecer llagas en las plantas de los pies, palmas de las manos, o en la boca.

De no ser tratada a tiempo, la sífilis puede provocar enfermedades del corazón, parálisis parcial o total de brazos o piernas.

Fuente:

https://www.huesped.org.ar/informacion/otras-infecciones-de-transmision-sexual/sifilis/?utm_source=GAdw&utm_medium=ad&utm_campaign=servicios&utm_term=&utm_content=sifilis&gclid=CjwKCAjw5cL2BRASEiwAENqAPhbCvgyxJdNYtQPO6y8e-rxK1xFtkLh9liU9OWvwJ9Q1OqWz99aoQRoCSs0QAvD_BwE

Siguiendo en el área del análisis de la relación médico- paciente cero positivo, nos encontramos con la investigación realizada por las doctoras en medicina Nereyda Cabrera Cantelar; Nereyda Cantelar de Francisco y Thelma Tápanes Fernández (2008). Denominado, “Enfoque bioético del VIH-Sida. Una reflexión.” Dicha investigación, que, a pesar de haber sido realizada por doctoras en medicina, podríamos decir, aporta una visión algo más desde un punto de vista social y no tanto médico per se. Fue llevada a cabo en Cuba y está enfocada en observaciones sobre la relación que tienen los pacientes con los médicos, en la isla. Dicha investigación encontró que los prejuicios sobre el virus, y por lo tanto sobre los individuos que lo padecen, continúan muy establecidos en la sociedad cubana. Esto puede verse incluso por parte de los médicos que atienden a las personas cero positivas, quienes podrían no acceder a la información y tratamientos recomendados para su dolencia.

El infortunio a causa de este virus encuentra, al parecer, su forma de expandirse a través de las generaciones. Las autoras señalan un aumento de niños y niñas huérfanos/as de padre o madre, a causa del VIH-Sida, siendo esta situación doblemente perniciosa, ya que muchos de ellos también son portadores del virus por vía materna.

Que el acceso a la salud sea precario y tenga la dificultad de que las personas que sean portadoras del VIH-Sida se vean perjudicadas a la hora de obtener un tratamiento de calidad, por causa de la discriminación y la negligencia médica, es una situación, en palabras de las propias autoras, inconcebible para la realidad actual del mundo.

La investigación realizada por F. Villaamil y M. I. Jociles (2011), que lleva el título de “La construcción de la persona con VIH: la gestión de la seropositividad y la relación médico-paciente en las consultas hospitalarias de VIH en Madrid (España)”, es de carácter antropológico, y se realizó mediante la utilización de la metodología etnográfica. La misma se llevó a cabo al campo de investigación de la siguiente forma: se entrevistaron a los pacientes cero positivo y se llevó a cabo la realización de diez sesiones de observación participante, con unas 50 consultas observadas, las cuales se realizaron en un periodo de cuatro meses. También se realizaron 14 entrevistas a médicos/as que trabajan o han trabajado en las consultas de tratamientos con respecto al VIH. Esto se llevó a cabo en doce hospitales de Madrid.

En dicha investigación, la etnografía muestra que la relación entre pacientes y médicos es bidimensional y de forma vertical ascendente. Esto, remarcado por los investigadores,

muestra que la relación que tienen los pacientes con sus médicos es una relación de poder, donde es el médico quien aporta el conocimiento y establece qué debe hacerse y qué no. Esto provoca que los pacientes vean disminuido su campo de acción y el conocimiento que, en mayor o menor medida, puedan tener sobre sus propios cuerpos y los males que les aquejan, no sea tenido en cuenta. Esto es visto como algo negativo por parte de los investigadores, ya que, según descubrieron cuando entrevistaban a los pacientes, éstos muchas veces fingían comportamientos o emociones que eran esperadas por los médicos, con respecto a los tratamientos que se les indicaban.

Siguiendo el lineamiento ya mencionado, los autores llegan a la conclusión de que los pacientes portadores de VIH-Sida se comportan de una manera cuando comienzan el tratamiento y el sistema, las reglas y el proceder de los distintos médicos, termina por hacer que se amolden a las “necesidades” y “deseos” de los médicos. Este comportamiento complaciente para con los médicos, según plantean los autores, puede ser el resultado de una estrategia para disminuir lo mayor posible las fricciones que pueden generarse entre los médicos y los pacientes. Esta situación, según los investigadores, es denominada como de conflicto fallido, o abierto; en tanto que ambas partes disimulan que hay una cordialidad constante, pero sólo se da lugar a que se reproduzca una y otra vez la relación de poder desde el médico hacia el paciente. Esta situación de poder llama la atención de los investigadores, porque ella impediría que los pacientes accedan de manera eficaz a cierta información necesaria para su tratamiento y, por el contrario, se convierten en sujetos meramente pasivos de la relación con sus médicos tratantes.

Una de las “respuestas” que encontraron los investigadores al hecho de que los pacientes acaten y no cuestionen la autoridad del médico, no pasa por un respeto a la autoridad o al centro de salud en sí, sino que se debería al entendimiento, por parte del paciente, de que, al no poner en tela de juicio la autoridad y el conocimiento del médico, el mismo proveerá de tratamientos realmente eficaces. Ello, de alguna manera, resulta ser, por un lado, una estrategia de los propios pacientes con respecto a los médicos para obtener tratamientos acordes su situación de vulnerabilidad; y, por otro, una búsqueda de un “premio” y la evasión de un “castigo”. Entre el paciente y el centro de salud se da, por tanto, una situación disyuntiva que, a simple vista, plantean los investigadores, no es detectable.

La investigación realizada por los investigadores Nelson Varas, Irma Serrano- García y José Toro- Alfonso (2014), denominada: “Estigma y diferencia social: VIH/Sida en Puerto Rico”, se centra en el “Estigma”, concepto del antropólogo I. Gofman, y sobre todo en cómo incide el mismo sobre las personas con VIH-Sida en Puerto Rico.

Primeramente, un aspecto muy relevante de esta investigación es el foco que realiza, como ya hemos anticipado, sobre este concepto de la estigmatización, tanto micro como macro, que sufren las personas portadoras del virus. Esta segregación, o estigmatización, es experimentada desde el propio núcleo familiar y en la relación con las parejas sexuales, dándose situaciones donde, incluso, el individuo portador se ve completamente privado de ellas. Esta situación se replicaría en otras relaciones sociales, fuera del seno familiar, lo que acarrearía también una gran dificultad para obtener y conservar un trabajo estable en el mercado de trabajo formal.

Esta precariedad, y el sufrimiento de la estigmatización, también se ven reflejadas en el área de la propia atención médica. De las entrevistas que realizaron los investigadores, a quienes presentan cuadros de VIH positivo, se desprende que, en los centros de salud, tanto públicos como privados, se constatan situaciones de discriminación; desde las más sutiles (una mirada o un comentario poco afable para con el paciente), pasando por el no respeto de la confidencialidad médico-paciente, hasta la negación de la atención médica. Quienes no han declarado en las entrevistas sufrir de discriminación por ser portadores del VIH, sí han declarado que les aterra cambiar de médico o centro de salud, por el hecho de conocer las realidades del país.

Los autores exponen distintas razones por las que es relevante su estudio. Una de las principales razones es el hecho de que el número de infectados con VIH-Sida va en aumento, tanto en Puerto Rico como en el resto del mundo. El hecho de que ya no sea una enfermedad asociada directamente con una irremediable mortalidad ha hecho, por lo que plantean los autores, que las personas flexibilicen el uso de y la protección con profilácticos. En otras palabras, se le ha perdido un poco el miedo a la enfermedad. Esta situación plantearía un riesgo tanto local como mundial.

Los autores, a través de las entrevistas realizadas, señalan la existencia de un sentimiento de, llamémosle, autopercepción de anormalidad, experimentado por portadores del virus. En los relatos que exponen los investigadores se aprecia la concepción de un cuerpo comprendido

como normal, mientras que, quienes son portadores (atravesan cambios físicos abrumadores) son, por ende, comprendidos y se auto perciben como anormales. Delgadez extrema, hinchazón de partes como la cabeza, los individuos que fueron identificados como VIH-Sida positivo revelan, a través de las entrevistas, que un cuerpo sano y normal es uno que no tiene el virus, y que el hecho de tener el virus los hace automáticamente anormales. De esta forma, la brecha social aumenta debido a la estigmatización, lo que se traslada a otras áreas, como la atención médica.

Finalmente, encontramos la investigación de Viviana Bermúdez Román et al. (2014), con el título: “Relación médico- paciente: impacto en las campañas de promoción y prevención para personas con VIH en Medellín [Colombia]”, realizada a través del método de la teoría fundada. Trece personas diagnosticadas como VIH positivos fueron entrevistadas con un formato de entrevista semi abierta.

Un dato de gran relevancia para nuestra investigación, proveniente de este estudio realizado por Bermúdez Román et al. (2014), nos enseña que los médicos tienen un papel fundamental en la mejoría de pacientes que son portadores del VIH-Sida; no sólo a nivel físico, sino también a nivel emocional. De las entrevistas realizadas a los pacientes se desprende que el rol del médico tratante incide en una alimentación más favorable, en la consiguiente mejoría física de los pacientes, y hasta en niveles afectivo- emocionales. Ésta sería una de las conclusiones generales más importantes a la que los autores han llegado con dicha investigación.

Hipótesis

En pro de una mejor guía de nuestra investigación se dará respuesta hipotética a la pregunta general y a las preguntas específicas planteadas anteriormente.

En primer lugar, a partir de la pregunta general, supondremos que sí existe una incidencia de tipo moral y religiosa, como lo señalan los autores de nuestro marco teórico (Foucault y Barrán), sobre la praxis de los médicos montevideanos tratantes de pacientes con HPV. Tal incidencia procedería, claro está, de la formación personal que el médico ha recibido como herencia cultural por parte de sus antecesores y que, además, habría permeado sus estudios académicos alcanzándole doblemente. El resultado de esta incidencia sería la formación de una visión de la sexualidad humana, por parte de los galenos a estudiar, desde una

perspectiva meramente reproductiva, obviándose así otros aspectos como el del placer. Ello traería como consecuencia que, específicamente en el caso del HPV, el discurso médico se concentre más en el tratamiento de los órganos reproductivos, especialmente femeninos.

Estas hipótesis también sugerirán una suerte de recelo, por parte de los médicos, a la hora de estudiar y profundizar en todo lo que está intrínsecamente relacionado con la sexualidad y los genitales. Ello como consecuencia de ciertas limitaciones marcadas por la mencionada incidencia moral religiosa. Aún más, podríamos pensar en una situación de incomodidad a la hora de tratar la sexualidad y el virus en los pacientes. Con todo, se podría pensar que lo antedicho haga que los médicos se concentren principalmente en la vulva-vagina y el útero, a la hora de contrarrestar el virus; mientras que el HPV se aloja también en otros lugares del organismo, como en el ano-recto, el pene y la garganta.

En segundo lugar, como hemos visto en los antecedentes (Muñoz), la construcción del imaginario del homosexual como un “monstruo” de conducta sexualmente promiscua, llevaría a presuponer, por parte de los médicos, que, especialmente, los hombres que tienen sexo con otros hombres conllevan una suerte de predisposición a contraer tanto HPV como VIH-Sida. Dos virus que irían fuertemente de la mano, como lo ha sugerido la misma OMS. A diferencia de la hipótesis anterior, que planteaba una suerte de discriminación positiva para con la mujer, en tanto que el discurso médico parecería apuntar a su cuidado casi exclusivo, para el caso de los hombres que tienen sexo con otros hombres ocurriría un caso de discriminación negativa. Podríamos ver, para estos pacientes, una conducta médica proclive al análisis clínico para el descarte de ambos virus, ante la consulta por cualquiera de ellos. Ello podría dar a entrever cómo la heteronormatividad, y preconceptos negativos derivados de ella, colocarían al individuo distinto en una situación de discriminación. De ser esto correcto podríamos estar frente a un caso de discriminación; similar a como habría ocurrido para el caso del VIH-Sida, visualizado negativamente como “la peste rosa”, en los 80’s y 90’s (incluyendo diversidad de grupos humanos).

A partir de las preguntas específicas de investigación y lo antedicho, estableceremos el supuesto de que la esfera médica montevideana tiene un lento comportamiento a la hora de informarse y estar acorde con los avances en el tema (en comparación con otros países en el mundo -con respecto al HPV), en particular en referencia a áreas distintas a la vulva-vagina y útero. Ello supondría que cualquier persona que no haya nacido como mujer biológica no

significaría, a priori, un público objetivo de concientización y, por ende, de estudio. El HPV podría ser visto como un virus mayoritariamente relacionado con la mujer biológica como grupo de riesgo e interés casi exclusivo.

Finalmente presupondremos que, en tanto otros aspectos más allá de los morales religiosos, no encontraremos aquellos que inciden sobre la visión de los médicos montevideanos sobre el HPV de forma significativa.

Objetivos

Como objetivo general de esta investigación distinguimos:

- El objetivo es describir y conocer cómo se construye el discurso médico-clínico en torno al HPV en nuestro contexto actual, a través del relato de los médicos tratantes y sobre el abordaje en consultorio con quienes consultan por haber contraído el virus.

Como objetivos específicos de esta investigación distinguimos:

- 1) Analizar si se establece una relación entre los virus del VIH y el HPV en el discurso de las y los médicos entrevistados.
- 2) Estudiar cómo interpretan las y los médicos entrevistados que son los pacientes que consultan por HPV, desde el discurso que expresan.
- 3) Describir el grado de información- conocimiento que adquieren los médicos entrevistados a la hora de relacionarse con respecto a los ETS, sobre todo el HPV y la sexualidad en sí, en el contexto de su formación académica y en pos de la misma.
- 4) Conocer la opinión de los médicos con respecto a la vacunación, y describir qué opinan de los criterios que tiene el MSP a la hora de la aplicación de las vacunas en la población en general.
- 5) Conocer la experiencia vivida del proceso de la/el paciente desde el diagnóstico positivo por HPV, hasta la actualidad.

Dimensiones de Análisis.

Se intentarán lograr los objetivos vistos anteriormente a través del análisis de las entrevistas, basándonos en las dimensiones que veremos a continuación:

- 1) Relación entre VIH-Sida y HPV: Implica si el médico hace referencia, y por lo tanto lo piensa, que existe una relación entre dos virus de transmisión sexual, como lo son el VIH-Sida y el HPV.
- 2) Relación médico-paciente: Este último punto implica conocer cómo es la dinámica entre el médico y el paciente, teniendo en cuenta de este último su género, su orientación sexual y el comportamiento sexual del mismo.
- 3) Conocimiento de HPV y relación del médico con la idea de sexualidad: Implica, por un lado, si el médico estudió o tuvo alguna referencia sobre el HPV, tanto en el desarrollo de sus estudios universitarios en la F. de Medicina, como durante su carrera médica en sí. Por otro lado, implica la visión del médico sobre la sexualidad en general y, más específicamente, en el caso de su paciente, y cómo esa visión terminaría por incidir o afectar sus conocimientos y praxis en torno al HPV.
- 4) Vacuna: Hace referencia a las vacunas que existen para prevenir el HPV, que el MSP brinda de forma gratuita a los adolescentes de 12 a 13 años.

Para las y el paciente entrevistados, se realizó un análisis de las entrevistas realizadas por:

- 5) Experiencia vivida y percepción de la relación con el/la médico/a tratante: dicha dimensión hace referencia a la experiencia que tuvo la persona desde que se le diagnosticó HPV hasta la actualidad. Donde el investigador se enfocó en la experiencia del paciente y la percepción que tuvo sobre los distintos médicos que la/lo trataron.

Estrategia metodológica

Hemos de señalar un camino metodológico para delimitar el recorrido de nuestra investigación. La metodología cualitativa, que da la posibilidad de profundizar de un modo más exitoso en lo que se desea investigar, resulta la más adecuada para dicho trazado.

Ello se desprende de que esta metodología es vista como

“... la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable. Como señala Ray Rist (1977), la metodología cualitativa, a semejanza de la metodología cuantitativa, consiste en más que un conjunto de técnicas para recoger datos. Es un modo de encarar el mundo empírico.” (S.J Taylor; R. Bogdan, 1984; p20).

La perspectiva cualitativa es utilizada por un investigador activo, en el decir de M. Valles (1997), un investigador atento, con sus sentidos puestos en todo aquello que lo rodea, más allá del propio entrevistado y toda aquella información específica que este provea sobre un tema en concreto. Esta atención requerida será vital para poder recabar, comprender y relacionar de un modo racional, no sólo dicha información brindada explícitamente por el entrevistado; sino también toda aquella información otorgada por este de forma implícita (lo que incluye silencios, pausas y el modo de responder a ciertos temas). *“Al ser esta metodología tan amplia a la hora de recabar información de gran importancia para la investigación, es pertinente la utilización de ésta en primera instancia.”* (M. Valles, 1997)

Utilizando entonces un enfoque cualitativo, se decidió utilizar la teoría fundamentada, la cual nace del trabajo de Glasee y Strauss (1967), en el contexto de una investigación de carácter sociológico en un centro de salud, con enfermos terminales. Los investigadores se centraron en estudiar cómo era la relación de los médicos y el personal de salud con respecto a esos pacientes que estaban en una situación de salud crítica. La teoría fundamentada se concentra en el punto de vista del individuo como actor de su realidad social. En ésta, el investigador a la hora de conocer al actor social, y entrevistarle ya tiene limitado lo que desea conocer de éste, por la propia teoría; ya que la misma funciona como limitante del propio objeto de estudio. Por ésta razón, la teoría debe adaptarse si surgen hechos relevantes en el campo de estudio, pero también son relevante las hipótesis, que plantea el investigador sobre

esa porción de la realidad que desea conocer, comparándola con la realidad misma en el campo.

Como en esta investigación se propuso conocer la opinión y la relación de un actor que entra en juego en la relación social, médico- paciente, es que se propone a la teoría fundamentada como el mejor enfoque cualitativo para trabajar. Para llevar a cabo el mismo, se utilizó el instrumento de recolección de datos de las entrevistas semi estructuradas; realizando luego un análisis de contenido de la información recabada en el campo. Este abordaje ha resultado, como ya hemos anticipado, el de carácter más apropiado, no sólo por lo antedicho en los párrafos precedentes, sino también por la facilidad con la que ha resguardado la sensibilidad de este caso, mediante la confidencialidad de los entrevistados y el cuidado de la información provista por ellos.

Por otro lado, la entrevista permite al entrevistado un margen para dialogar con cierta soltura, evitando tener que dar así respuestas acotadas como se daría en devolución a preguntas de estilo cuestionario. El entrevistado puede hablar con libertad, la idea es que la entrevista transcurra como una conversación convencional. En tal caso, el entrevistador debe procurar siempre que la entrevista no se vaya hacia temas que no están dentro de los que se desea tratar. Entonces se da un esfuerzo constante por parte del entrevistador para que la entrevista se dé de forma equilibrada, en tanto que ninguna de las partes sea dominante en la conversación/ entrevista.

Valles (2002) se refiere a la entrevista en profundidad como el arte de la conversación. En este caso el entrevistador debe poder construir un vínculo de respeto y confianza con el entrevistado, para poder llevar adelante el ejercicio de dicha conversación de forma más benéfica y productiva. Esta confianza habilita al investigador a poder obtener información que no alcanzaría con otras técnicas. Como contrapartida, el entrevistado podría navegar por temas alejados de aquellos de interés para el investigador; es en ese momento donde el investigador debe demostrar sus habilidades y llevar la conversación nuevamente por un rumbo que lo lleve a buen puerto.

La construcción de la representación social de algo, desde la cultura y la sociedad, un algo que es definido por una esfera externa a las mencionadas, pero que termina asimilándose y haciendo suyo. Como es el caso del HPV, la idea del comportamiento de la promiscuidad esperada en ciertas personas que se relacionan sexualmente con personas de su mismo sexo,

sobre todo hombres. Esa representación, que primero surge de la medicina, luego es tomada por la cultura y la sociedad como una verdad absoluta, construyendo el ideal de que es tener un virus de transmisión sexual como lo es el HPV. S. Moscovici (1961).

Análisis metodológico.

Ahora bien, dentro de la metodología cualitativa escogida, la herramienta guía utilizada para el procesamiento y la derivación empírica de las entrevistas ha sido la del análisis de contenido del discurso. El motivo de esta elección ha sido, como plantea Recio Palacios (2012):

“Trabajar un texto, un discurso, teniendo en cuenta al sujeto (sujeto que no es el mero productor de su discurso, sino también, de forma fundamental producto de él) permite abordar lo simbólico desde la incompletud. El sujeto descompleta lo simbólico, siendo su trabajo en lo imaginario una forma de dar conciencia al otro.” (Pág. 52).

Para nuestro caso en particular, el discurso médico a estudiar, a su vez que imbuido de una carga técnica y profesional, también estará moldeado por elementos con perspectiva personal y de otras índoles. Todo ello significará un “dar forma” a los propios médicos y nos permitirán dilucidar su postura frente a un virus y los pacientes portadores. Habría aquí, podríamos decirle, una formación de una conciencia médica.

Los elementos discurso y emisor entran en una relación que también da lugar a la construcción de un “yo” que se diferencia del emisor como mero sujeto. Sobre ello, Recio Palacios (2012) nos habla de la importancia de diferenciar este “yo” del “sujeto”, en tanto que el “yo” “tiene que ver con lo imaginario, con las diferentes identificaciones con las que, a lo largo de su vida, se ha servido el sujeto” (Recio Palacios 2012; pág. 53). Es posible decir entonces que dicho discurso, basado en gran número de significaciones que le son, a priori, ajenas y que, por tanto, preceden al “sujeto”, termina por construir un “yo” que define a dicho “sujeto” en un momento dado. El “sujeto” queda entonces definido, alienado por el “yo”. “Es construir en relación al ideal o al menos en relación al valor, y el campo de los valores es un campo imaginario. El yo es del enunciado y no de la enunciación” (Recio Palacios 2012; pág. 53).

Para el caso de nuestra investigación, el “yo” del “sujeto” médico estaría definido como el producto de un discurso construido desde una óptica hacia el virus del HPV y la sexualidad humana. A partir del análisis de las entrevistas habremos de dar cuenta de cómo se “construye y moldea” la figura del médico montevideano a través de su discurso, apuntando a las visiones que este tenga sobre el virus y los comportamientos que de ella devengan. A su vez, se arrojará luz sobre la construcción que, a la inversa, realiza el propio médico del virus del HPV por medio de su discurso y, consiguientemente, el tratamiento que considera más oportuno según su propia perspectiva, según su “yo”.

Campo.

Para la realización de las entrevistas a los y las médicos/as, las mismas fueron llevadas a cabo en los centros de salud que trabajan los mismos, tanto en área pública, como la privada. Los médicos entrevistados, concedían las entrevistas en su gran mayoría cuando terminaban el horario de consulta, y en contadas ocasiones entre consultas. Dadas las características de la población a entrevistar, las entrevistas fueron semi estructuradas, donde las preguntas formuladas se enfocaban en las preguntas y las dimensiones que se planteó el investigador.

Se realizaron once entrevistas a médicos y médicas, los cuales se componen así:

Entrevistado- Especialidad	Sexo	Rango de edad
Medicina General 1	M	51-60
Ginecología 1	F	61-70
Ginecología II	F	31-40
Otorrinolaringología I	M	41-50

Otorrinolaringología II	M	51-60
Dermatología I	F	21-30
Dermatología II	F	31-40
Gastro. Especialista en HPV I	F	51-60
Gastro. Especialista en HPV II	F	31-40
cirugía-coloproctología I	F	31-40
Infectólogo	M	31-40

De las once entrevistas realizadas, 7 fueron doctoras y 4 doctores. Se realizó entrevista por lo menos a un médico de una especialización, de los que atienden pacientes con HPV.

Las entrevistas se llevaron a cabo cuando la pandemia estaba en su situación más crítica, llevándose en un momento que las consultas con cualquier médico fueran solo vía telefónica, y suspendiendo las presenciales por un lapso de tiempo, donde el número de fallecidos por covid-19 era alto en nuestro país. Esta situación hizo que el campo y la realización de las entrevistas, tuviera una pausa. Re tomándose las entrevistas luego de que se levantara y se volvieran las consultas presenciales.

Todas las entrevistas realizadas, fueron a médicos y médicas recibidos, que trabajan en centros de salud, tanto públicos como privados. No se realizaron entrevistas en la Facultad de Medicina, y no se estudiaron los programas académicos, en ningún momento fue contemplado en la investigación lo mismo.

Se dio una diversidad etaria entre los entrevistados, lo que brindó una descripción superficial de cómo se trataron temas como sexualidad y HPV; cuando los entrevistados eran estudiantes.

Para conocer las experiencias de los y las pacientes, en lo que fue el proceso desde conocer el diagnóstico positivo por HPV hasta la actualidad, se entrevistaron a seis mujeres y un hombre.

Las entrevistas se realizaron vía Zoom o video llamada por WhatsApp, donde las y el entrevistadas/o fueron contactadas/o por la técnica de bola de nieve, y tirando redes en distintos lugares para poder contactar con algún paciente que tuviera un diagnóstico positivo por HPV y quisiera hablar desde su experiencia. En algunos casos costó que la persona accediera a dar la entrevista por vergüenza, o por el simple hecho que era algo tan íntimo de la persona que directamente rechazaba la instancia de ser entrevistado. Esta situación se vio en mayor medida en hombres que en mujeres.

Se realizaron siete entrevistas a mujeres y hombre, los cuales se componen así:

Entrevistado- paciente	sexo	Rango de edad
1	F	31-40
2	F	21-30
3	F	31-40
4	F	21-30
5	M	31-40

6	F	31-40
7	F	51-60

Pesó mucho que el entrevistador fuera de la confianza de la persona que hizo el contacto con la persona que tenía un diagnóstico positivo en HPV. Como la gran mayoría del número de entrevistas que se realizaron fueron a mujeres, el hecho que el entrevistador fuera conocido y de la confianza de alguien que la entrevistada conocía fue fundamental. Por el hecho que en las entrevistas se tocaron intimidades de la sexualidad de la entrevistada, y al ser masculino el entrevistador, en contadas ocasiones al principio del contacto con la posible entrevistada, se tuvo que tener una charla extensa para explicar todas las dudas y preguntas que surgían del posible entrevistado/a, para poder obtener su autorización para prender la grabadora y que participara de la entrevista que se deseaba realizarle.

Análisis de datos cualitativos

Antes de realizar el análisis en sí, es pertinente realizar las siguientes aclaraciones para una buena comprensión de lo que el lector va a encontrar.

Primeramente, se tomará a “Ent.” como abreviatura de entrevistado. Luego, la abreviatura “Med. Derm.” se utilizará como indicativa de médico en dermatología, y será precedida por un número que equivale al orden en que fue realizada su entrevista.

Por otro lado, “Med. Gine.” sustituirá a médico en ginecología; “Med.” a médico en medicina general; “Med. Gastro. Espe. HPV”, corresponde a los médicos gastroenterólogos especializados en HPV. Se utilizará “Med. Oto.” en lugar de médico especializado en otorrinolaringología y, finalmente, “Med. Cir. Proc.” Se utilizará en lugar de médico cirujano especializado en cirugía proctológica.

A continuación, se verá el análisis en base a las dimensiones propuestas, sobre las entrevistas realizadas a los médicos entrevistados. Siendo las dimensiones: en primer lugar, las

opiniones de los/as médicos/as y sí piensan que existe una relación entre VIH y el HPV. En segundo lugar, se analizará cómo es la perspectiva del médico sobre el paciente que tiene HPV o consulta por el mismo.

En tercer lugar, se verá y se analizará que conocimiento que tiene el médico entrevistado sobre ETS en general, en particular el HPV, y como el médico se relaciona a la hora de interactuar con el paciente sobre la sexualidad en general.

Por último, se analizó en el discurso de los entrevistados, que piensan sobre la vacuna contra el HPV, la publicidad que se realizó y se realiza sobre la misma, por parte del MSP.

Primera dimensión de análisis, relación entre VIH-sida con respecto al HPV.

Como ya hemos visto en el Marco Teórico, en los apartados “El HPV en la Organización Mundial de la Salud” y en “La relación entre los virus del HPV y el del VIH en el Uruguay”, la OMS ha establecido que existe una relación entre VIH-Sida y el HPV. Dicho postulado es apoyado en Uruguay por académicos de la medicina, a través de sus trabajos de investigación. Sin embargo, como también hemos visto en el segundo apartado mencionado con anterioridad, según la investigación de D’ Alhora, no es posible afirmar empíricamente que exista una relación entre estos virus, por lo que un paciente que es portador del VIH no tendría por qué serlo de HPV, y viceversa. Algunos profesionales de la salud entienden que pacientes con HPV son proclives a tener VIH.

Teniendo en cuenta estas dos posturas distintas, ha surgido la necesidad de preguntar a los entrevistados sobre su perspectiva en cuanto a la posible relación, o no, de ambos virus. Por ello, les hemos realizado la siguiente pregunta: ¿existe una relación entre el VIH y el HPV? En algunos casos concretos de pacientes mujeres a las que, mediante un estudio de Papanicolaou y luego de tomar muestra citológica de la región anal, se les ha determinado la presencia de HPV, se realiza también un análisis de sangre para descartar la presencia del VIH. Así por ejemplo nos lo cuenta esta especialista en ginecología:

-Ent. (Med. Gine. 2) “... *Se está haciendo a poblaciones puntuales, por ejemplo: se hace mucho en pacientes que tengan algún inmunocompromiso, que refiera a que tienen relaciones anales, sobre todo la población con HIV, porque tienen más riesgo de que aparezcan estas complicaciones. Y después, si, obvio, si la paciente lo manifiesta en la consulta, también se hace.*”

Cabe resaltar que aquí la ginecóloga plantea, claramente, que a una paciente con HPV, sólo le manda un análisis de ETS, para descartar el VIH, en caso de que ésta indique que practica relaciones sexuales anales. Pero no sólo el VIH podría constituir un antecedente de peligro para la aparición del HPV, cualquier afectación del sistema inmune del paciente podría dar lugar a la aparición de este virus. Según la misma entrevistada:

-Ent. (Med. Gine. 2) “*Pacientes que tengan algún tipo de inmuno-compromiso, o sea, una afectación de su sistema inmune que les haga más propensos a que aparezca este tipo de complicaciones... el VIH, pero también por ejemplo pacientes con patologías auto-inmunes, lupus; que estén tomando algún medicamento inmunosupresor.*”

Que aparezcan verrugas en las cavidades o genitales de él o la paciente, a causa del HPV, genera la sospecha de que el mismo huésped pueda tener también algo que esté debilitando su sistema inmunológico. La entrevistada deja en claro que el VIH no es único factor de riesgo en dicha situación.

Cuando se le insiste en la entrevista sobre por qué se plantea como casi como una verdad absoluta que el VIH y el HPV estén intrínsecamente relacionados, la entrevistada responde:

-Ent. (Med. Gine. 2) “... *Sí, hay alguna asociación, pero yo creo que justo el HPV es más de la posibilidad de toda la población. Bueno, capas vos me decís, cual es la asociación que ustedes como estudiantes hacían del HPV con el VIH, capaz más del cáncer cuello uterino. Cuando se instaba como cáncer de cuello uterino o como una lesión de alto grado, en pacientes que no tenían otros factores de riesgo. Porque una paciente tan joven aparece con un cáncer de cuello uterino, bueno hay que indagar si no hay un HPV de fondo. En ese plano creo que estaba más la asociación.*”

Por lo que nos comenta la entrevistada a continuación, podríamos llegar a pensar que la relación entre los virus del HPV y del VIH refiere más a una categoría que a un vínculo químico o físico en sí.

Siendo ambos virus de transmisión sexual, descartar la presencia de uno ante la del otro, referiría más a una cuestión de rutina o responsabilidad profesional.

Recordemos también que ambos virus se detectan mediante estudios distintos.

-Ent. (Med. Gine. 2) *“...vos pensá... cualquier enfermedad que tú tengas de transmisión sexual, podés tener otra. Sí tú contraes un HPV, es de transmisión sexual.*

Entonces, siempre cuando nosotros sabemos que hay una paciente que tiene un HPV, todos deberíamos solicitar el resto de las serologías infecciosas... no solamente HIV, hepatitis b, hepatitis c, sífilis; todo. O sea... es como... de hecho cuando uno les enseña a los estudiantes, les dice eso. Si ustedes están viendo el ejemplo de patología de transmisión sexual, siempre dentro de la paraclínica que vamos a pedirle, es el resto de las serologías infecciosas.”

Por lo tanto, un paciente que tiene una ETS es causal de sospecha de tener más. Hay una sospecha, y por lo tanto se manda una prueba de sangre. Siguiendo esta línea de pensamiento, esta entrevistada aclara que:

-Ent. (Med. Derm. 2) *“No. No necesariamente por tener un condiloma vas a tener un HIV, pero siempre se pide, por las dudas.”*

La sospecha está, y más cuando el paciente es masculino y, como dicen los entrevistados, es un hombre que tiene sexo con otro hombre.

Algunos entrevistados postulan que el riesgo es mayor, como lo plantea esta entrevistada:

-Ent. (Med. Gastro. Espe. HPV 1) *“... La población homosexual está... si a eso le sumas que el paciente VIH positivo sea homosexual, el riesgo lo aumenta a 100... El cáncer anal que tienen los pacientes VIH positivo y, sobre todo hombres que tienen sexo con hombres, viene en aumento, y no se sabe por qué; a pesar de que están mejor inmunológicamente. No se sabe por qué.”*

Los médicos postulan que un paciente con VIH-Sida tiene mayor probabilidad de contagiarse HPV, como plantea este médico especializado en infectología, que reafirma lo que plantea su colega con anterioridad:

- Ent. (Med. Infectólogo 1) *“Es predominantemente sexual, entonces al tener la misma ruta, muchas veces estos pacientes, acuden por HPV. Y si o si hay que hacerles el streaming para el VIH, porque tienen la misma ruta. O, por ejemplo, si yo tengo un paciente con VIH, este es un paciente que... primero que nada hay que hacerle un examen físico, para*

descartar si tiene HPV u otras cosas, y bueno en algunos casos tienen criterios de hacer estudios citológicos, para descartar.”

Cuando al mismo entrevistado le pregunto sí se le hacen tanto a hombres como a mujeres, la respuesta del médico fue la siguiente:

- Ent. (Med. Infectólogo: *“Sí, exacto, en el caso del hombre, cuando tiene prácticas de sexo anal. Se recomienda fuertemente hacer citología.”*

Esta afirmación trae a colación lo que hemos visto ya en nuestro Marco Teórico, más específicamente en “La relación entre los virus del HPV y el del VIH en el Uruguay”. Las dos investigaciones nacionales que se mencionan ahí toman como primera población a estudiar a hombres que tienen sexo con hombres, y hombres que tienen sexo con mujeres y que sean portadores de VIH-Sida. En el postulado anterior observamos una insistencia en la relación entre hombres que tienen sexo con otros hombres, y el alto riesgo de contraer VIH y HPV. Como menciona esta especialista que, cuando se le realizó la entrevista, estaba en proceso una investigación sobre HPV:

-Ent. (Med. Gastro. Espe. HPV 2) *“¿Qué población tiene más riesgo de tener una lesión que asiente ahí el HPV y a la larga tenga un cáncer de ano? ¿Cuáles serían los grupos?, en primer lugar, los VIH, hombres que tiene sexo con hombres. Segundo grupo: hombre que tiene sexo con hombre. El tercer grupo que tengo son todas las mujeres que tengan lesiones en cuello uterino de displasia alto grado. Y el cuarto grupo que es como si fuera el último, el que predomina más; es hombres o mujeres que tengan lesiones anales. O sea, que es lo que lleva a más consultas porque son lesiones que se ven y a la gente les molesta. Pero en realidad el peor grupo es VIH; yo digo VIH, pero puede ser también otro inmuno- suprimido, por otra causa.”*

Los investigadores médicos construyen perfiles, en este caso para HPV y por supuesto el VIH-Sida, por lo que plantean que sí estarían relacionados. Pero, parecería que no en todos los casos es así, como plantea esta entrevistada:

-Ent. (Med. Cir. Proc. 1) *“...Igual el HPV es un poco distinto, porque vos a una paciente mujer, que le aparece un HPV en el cuello de útero, en un PAP o en una colposcopia, no lo relacionas con una enfermedad capaz de contagio, como se relacionaba antes tanto el HIV. Sí, ahora capaz no es tanto así. Pero se estigmatizaba mucho más, porque las enfermedades de transmisión sexual, daban como esa idea de que, si tenías una enfermedad de trasmisión sexual, tenías unatendencia a la promiscuidad.”*

La entrevistada plantea que a las mujeres se las dejó de estigmatizar, pero... ¿Ocurre lo mismo con los hombres? Por ahora queda la pregunta abierta, sobre la que el investigador dará su parecer más adelante en las conclusiones.

Segunda dimensión de análisis, relación del médico con el paciente.

Esta investigación sociológica se basó, en gran parte, en los postulados que realizó M. Foucault sobre la sexualidad, el control de los cuerpos y, sobre todo, el poder que se brindó a la medicina y sus representantes, desde el Estado. Poder que antes tenía la iglesia, como se vio en el Marco Teórico.

El lector, debe tener en cuenta que para el análisis se tomarán, asimismo, los conceptos, que también se utilizaron en el Marco Teórico, como son los de la concepción de cuerpo de J. Butler y la legitimidad del poder médico que menciona Foucault, y que retoma Castro en su trabajo de investigación.

A continuación, se analizará la relación que se da entre los médicos y sus pacientes consultantes por HPV, ya sea que son portadores del virus o desean conocer, de primera mano, información sobre éste. Ello se derivará de las entrevistas que brindaron algunos médicos para esta investigación.

Cuando se les preguntó a los médicos entrevistados si sentían que había una mayor apertura de parte de sus colegas y de la academia, a la hora de estudiar el HPV, ahora que en el pasado; una de las entrevistadas respondió lo siguiente:

-Ent. (Med. Gine. 2) *“Sí, claro. ¿Por qué?, porque hoy en día la mujer tiene una actividad sexual que es distinta a la de antes. La mujer es distinta, antes... capaz que una mujer era más este... el tema de la familia, una única pareja. Hoy por hoy la mujer, como ha crecido en muchos aspectos de su vida, o se ha empoderado, desde el punto de vista también de lo sexual, y me parece que eso hace que al tener más compañeros sexuales. Eh, hoy en día se ven mucho más, múltiples infecciones por cero tipos virales.”*

La entrevistada expresa que ha habido un cambio de paradigma en cómo se concibe la vida sexual, en este caso de las mujeres. Una realidad que partía de, si recordamos la primera

dimensión de análisis, la existencia de literatura médica estudiada en la propia Facultad de Medicina, la cual consideraba promiscua a una mujer que tuviera más de tres parejas en el año. Esto según nos contaba una de las entrevistadas.

Siguiendo estas afirmaciones, un entrevistado nos dice que:

-Ent. (Med. 1) “Bueno, yo creo que es una patología que por supuesto debe haber existido siempre. El tema está en que, vuelvo a insistir; hay una educación distinta de la población. Hay un llamado de atención y también, como te digo, cambió el modelo y es mucho más preventivo. Entonces, ante cualquier circunstancia la gente consulta más, ve más. Por algo aumentaron tanto las consultas médicas, con respecto de repente a hace 30 años atrás. Porque te digo, hoy el modelo va un poco a la gente, y no espera a que la gente venga y entonces hay un montón de controles que se tiene que hacer; un Papanicolaou, que esto, que lo otro. Entonces hay como una obligación de pasar cada dos años por la carne de salud, aquello y lo otro. Y bueno es una forma de captar, más allá de la sintomatología personal de cada uno.”

Lo que expresa este entrevistado, de que aumentaron las consultas, y que los pacientes están más informados, y por lo tanto se genera como “otro diálogo” con los médicos tratantes, es una opinión que otros de los entrevistados no comparten. Es el caso de:

-Ent. (Med. Cir. Proc. 1) “Consulta cuando ya tiene alguna complicación, o consulta cuando la sintomatología es tal que... no la frenaron antes, no la diagnosticaron antes, o no hicieron tratamientos antes. Y ahora ya no pueden más, y necesitan ir a la urgencia.”

Reafirmando esta idea, el entrevistado nos dice:

- Ent. (Med. Infectologo. 1) *“En la consulta se debe fomentar que aquellas personas que tienen prácticas anales, deberían hacerse una citología. Eso hay diferentes pautas de los momentos adecuados para realizarla.”*

Esto muestra que los pacientes acuden al médico con inmediatez o no, dependiendo del estado de gravedad del mal que los aqueja. Cuando se le consultó a la entrevistada por qué se daba esta situación, la misma nos brindó esta respuesta:

-Ent. (Med. Cir. Proc. 1) “Yo creo, porque hay muchos temas tabúes sobre el ano en la sociedad nuestra. Creo que no es solo... primero porque es... ya es difícil de por sí, hablar de la patología ya de... me doy cuenta yo con los pacientes, que a los pacientes no les es tan sencillo contarte lo que les pasa. A veces hay pacientes que vienen y te piden disculpas por lo que te están contando. Cuando en realidad... si vienen por eso, te lo tienen que contar, es la idea.”

Vergüenza, esa es la palabra que surge de las palabras de la entrevistada, cuando da una respuesta de por qué piensa que los pacientes llegan a pasar mal y terminan acudiendo a la emergencia cuando el mal que los aqueja ya les resulta intolerable. No es la única entrevistada que ha comentado este detalle, otra nos asegura que:

-Ent. (Med. Gastro. Espe. HPV 1) “- Depende de las personas. Sí, es muy variable. Depende, hasta del nivel de información que traen. Cuando vienen con nivel de información, ya de afuera, es mucho más fácil hablar y... es como que por lo menos han demostrado una intención de aprender, aunque no hayan aprendido bien; eso ya cambia. Y hay otros que vienen con muchos miedos, y otros con vergüenza, porque creen que uno por ahí los asume ya... o que los van a discriminar. O que los asume ya... ya los está etiquetando en un grupo de gente que... por ser promiscua o por ser homosexual; o por si es una chica, porque estuvo con muchos hombres. Entonces ya vienen con ese miedo a ser etiquetados. Pero eso se rompe enseguida. Eso se puede quebrar enseguida.”

No es homogéneo, ni el conocimiento que tienen los pacientes sobre el HPV, ni tampoco el nivel de apertura a la hora de hablar de su sexualidad, de su cuerpo y de sus prácticas sexuales con el médico. Esto se desprende de lo que comentó la entrevistada y se citó con anterioridad. Pero el nivel de confianza del paciente para con el médico parece que varía por múltiples situaciones, como comenta este entrevistado:

-Ent. (Med. 1) “Entonces, generalmente te consultan al médico de medicina general. Y a los que somos veteranos, como es mi caso. Parece que les es más fácil plantearlo también, no sé. No soy joven para poder estar en una clínica de gente joven, pero siento que me plantean, o buscando a veces también, no digo un consejo, pero ... de la experiencia, situarlo en el tiempo y en el espacio de lo que está pasando.”

El paciente debe confiar en el médico, pero cuando el éste va a consultar, se encuentra con la situación de que no confía plenamente en el médico, por factores externos a su rol, es decir entran otros elementos en juego. El entrevistado anterior, sentía que por tener mayor edad, creaba empatía con sus pacientes. Pero la siguiente entrevistada comenta todo contrario, una experiencia distinta por ser mujer:

-Ent. (Med. Cir. Proc. 1) “los hombres cuando... mira, nunca me pasó con una mujer, siempre me ha pasado con los hombres, que me han dicho, -¿me vas a examinar?, y yo digo, -me dijiste que venís por un sangrado en el ano, dolor en el ano. Obviamente que te voy a examinar.”

El paciente, en palabras de los entrevistados, se muestra especialmente angustiado por tratarse de un virus de ETS. Así nos lo comenta este entrevistado:

-Ent. (Med. Oto. 2) *“Del paciente... bueno... algunos lo toman como si fuera una especie de drama italiano, así de azotea, se agarran la cabeza. Pero en general ahora, en general hoy, es una cosa bastante difundida, además que ya se sabe bastante. Antes era más, era un tema más reservado a los médicos, ponelo. Ahora es una cosa que se sabe más, la gente lo maneja mejor. Pero si hay gente que... sigue habiendo gente que dice, no imposible ¿yo?; sí, tú.”*

Es un drama, según este entrevistado, tener un virus que se transmite sexualmente, pero parece que el drama se agrava con la conciencia de lo que podría llegar a pensar el médico que informa, el que debe realizar los estudios médicos, y el que realiza luego los tratamientos. Como bien lo expresa esta entrevistada:

-Ent. (Med. Cir. Proc. 1) *“Bueno, sabes que... no siento el pudor del examen, bueno... que en sí me ha pasado varias veces que el paciente me aclare, varias veces que no tiene relaciones sexuales por el ano. Eso es bastante común, entre los hombres. Que tienen que aclararte eso (...) Te lo aclaran, sin que se los preguntes. Y sin que te interese, porque en realidad el tema del contagio una vez que esta el condiloma, a mí no me importa. Lo que me importa es que no lo trasmita, pero... que sepa que lo trasmite. (...) Pero... en realidad, que te lo aclaren. O me pasó de algún paciente... de esperar que yo le explicara para ver cómo le explicaba a la mujer, pensando que... o sea de qué iba a pensar la mujer, y en realidad eso son ideas que la gente tiene en la cabeza. Pero que, en realidad, si uno investiga un poco internet, creo ya se da cuenta de que no tiene nada... de solo una forma de transmisión; o sea que hay varias formas de transmisión. No solo tiene porque ser por la penetración anal, pero la mayoría te lo dice.”*

Miedo, vergüenza, que el médico piense que se pueda llevar adelante una conducta sexual que no se asemeje a la reproducción de la especie. Todas estas ideas y conceptos, surgen de la declaración anterior. Esto se debe, según esta entrevistada:

-Ent. (Med. Gine. 2) *“Sí, yo creo que también puede pasar eso, o también es lo que te digo,... muchos ginecólogos, capaz grandes, que no lo asume como algo... no indaga tanto, por eso. Porque capaz hasta para él le resulta un poco incómodo; nosotros creamos que cuanto más jóvenes me parece que estamos indagando un poco más. Igual, creo que nos falta un poco más. Yo qué sé, no se indaga tanto hoy en día, si las mujeres tienen relaciones anales; y hoy por hoy, tiene que ser una pregunta. Si hay relaciones sexuales orales, me parece que es algo que tiene que estar bien preguntado. Cada vez están viniendo más patologías vinculadas por HPV en esas aéreas. Entonces eso sí, me parece que no lo estamos preguntando.”*

A los pacientes les da vergüenza plantear estos temas, especialmente ante la preocupación de que, por tener alguna ETS, el médico pueda juzgarles por llevar adelante alguna conducta moralmente reprobable. Pero a la vez, se desprende de la entrevista, que algunos médicos son los que tienen vergüenzas de preguntar a sus pacientes, de profundizar en conductas sexuales, que, de conocerlas, brindarían otro panorama de la persona. Como comenta la siguiente entrevistada:

-Ent. (Med. Gine. 1) *“Los médicos somos un poco, eh, como los ingenieros en el sentido (risas). Eh, yo... porque digo los ingenieros, porque cada uno entra a las facultades muy tempranamente, y el cerebro sigue moldeándose; y bueno, el ingeniero te está midiendo... y a veces se olvida que vos estas sufriendo. ¡No todos!, porque depende del hogar que vos naciste, pero... y los médicos, también, vamos al tratamiento ah.... Entendes, o a operar, o a resolver con medicamento. Por suerte que la psicología ha entrado a nuestra facultad y ahora en todos... en todos los años se han... se trabaja con psicología médica, para la comunicación, porque no vamos sino por un buen camino. Entendes, además la forma de la medicina en nuestro país, por ejemplo, el sistema mutual ayudo mucho, mucho. Eh, porque fue por ahí decirte una medicina más fácil de costearse, verdad. Vino con los inmigrantes, la forma de pagar poco, y ser atendido. Pero... también, eh, fijate que... en una hora teníamos que ver 6 pacientes, 8 pacientes; después se bajó un poco a 4. ¡Pero igual 15 minutos!, entiendes que es muy poco cuando una persona viene.”*

Para esta entrevistada, la formación que brinda la Facultad de Medicina incide sobre la construcción de los futuros médicos, incluso en temas como, según nos asegura, el distanciamiento profesional para con el paciente. Para la misma entrevistada esto provoca situaciones como:

-Ent. (Med. Gine. 1) *“Entonces, múltiples infecciones de transmisión sexual nosotros tenemos la sífilis que no la hemos podido bajar, ¿pero por qué no se la puede bajar?, porque las cosas no se hablan...”*

Siguiendo este lineamiento también dice:

-Ent. (Med. Gine. 1) *“Pero nosotros estamos teniendo 750, 800 abortos por mes, sin parar, desde que se inicia la ley en nuestro país. ¡¿Y por qué?! ¡¿Y por qué?! Porque nosotros no conversamos con la pareja, no conversamos con la mujer. Exigí el preservativo, entendes. Preservativo más; preservativo para dar un beso en el pene, no accedas de otro modo. ¡Mirá!, a mí me pasaba que venía una paciente, una mujer. Entonces, venía por una infección genital. Bueno, tenes que usar esto, esto, ¿ta? A la segunda vez, -doctora, no me hace efecto esto... no me ha hecho efecto. No sé, si me trataste bien, o no.”*

Para la entrevistada, entonces; el tiempo de consulta para cada paciente es poco. Además, el médico muchas veces no habla, o no pregunta de temas que al paciente pueden interesarle, o pueden prevenir o ayudar en una situación de su salud y bienestar. Se desprende también de las declaraciones de la entrevistada que, del otro lado de la realidad, la comunicación y el acceso a la información no son necesariamente las mejores; lo cual, claramente, juega en detrimento de la propia salud del paciente.

Tercera dimensión de análisis, conocimiento del médico con respecto al HPV.

Como se vio en nuestro Marco Teórico, en los planteos de Foucault, Ariés y el propio Barrán, los médicos son los encargados de todo lo que implica el cuidado del cuerpo, la salud, y esto incluye la propia sexualidad de los individuos. A su vez, como hemos visto en el apartado “Virus del HPV”, este virus es el de mayor transmisión entre las personas sexualmente activas a nivel mundial. A pesar de todo ello, al analizar las entrevistas a los distintos profesionales de la salud, vemos cómo la información sobre el HPV con la que cuentan es entre limitada y nula, en algunos casos, y sólo aquellos con especializaciones como dermatología, otorrinolaringología, ginecología y proctología, tienen un manejo de información actualizada al respecto. En los discursos de estos últimos médicos podemos encontrar situaciones en las que el HPV es un tema habitual en sus consultorios, algo normal, algo que, de hecho, ya formaba parte de su bagaje académico desde sus años de especialización. Como bien expresa esta entrevistada:

-Ent. (Med. Derm. 2): “... dermatología antes era dermato-bactereología, porque... las ETS las hacían los dermatólogos. Entonces en dermatología las enfermedades de transmisión sexual, es como algo que se habla. Sífilis es muchísimo, bueno VIH se da mucho en la piel. Entonces todas las ETS se hablan sin problema. Para nosotros es otra enfermedad como si fuera acné; o sea, no hay problema.”

Como se puede leer en la transcripción de la entrevista, la carrera de dermatología comprende un alto contenido temático en torno a la sexualidad, y también otro en derredor a las enfermedades que se transmiten por dicha vía. No obstante, no parece suceder lo mismo

con otras especializaciones. Como expresa una doctora en ginecología, con más de 30 años de experiencia en su profesión, y a continuación se cita textual:

-Ent. (Med. Gine. 1) *“Nuestra facultad de Medicina no nos había dado ni siquiera una clase. O sea, yo con un desconocimiento tremendo. De ahí que empecé a estudiar sexualidad humana. Primero que había muy poco, muy poco. Y luego tuve que salir. Primero a Argentina, y después algo en Brasil. En Brasil más sobre el tema de adolescencia, que me especialicé en adolescencia. Pero concluyendo, salí al exterior a profesionalizarme en medicina sexual. Ahí me hice socia de la Sociedad de Medicina Sexual, que es lo que había en el primer mundo. Ahí conseguí becas, hice el posgrado en tres países entonces, Oxford, Roma, y di el examen final en Holanda. Por otra parte, entendía también para responder un poco a la temática que presentaba la mujer. Siempre me gustó la medicina preventiva; entonces vinculado a la mujer entendía que yo tenía que conocer desde la niñez. Ahí entonces hice ginecología de la niñez y la adolescencia. Ahí es que me relacioné con Brasil. Hicimos un trabajo de campo interesante, que se llamó conocimientos de la sexualidad de los adolescentes en la ciudad de Montevideo.”*

Podríamos decir que, a priori, un médico que se especializa en ginecología, estando dicha especialización directamente vinculada con el aparato urinario y los órganos sexuales de la mujer, estaría más cercano a conocimientos que están relacionados con la sexualidad femenina; desde el cuidado para prevenir enfermedades y embarazos no deseados, hasta llevar adelante una vida sexualmente activa y beneficiosa para la mujer. Pero aquí la entrevistada declara que, en su formación académica en nuestro país, no obtuvo las herramientas necesarias. Ello supondría que el conocimiento del médico sobre sexualidad y ETS varía no sólo en relación a qué especialidad decida estudiar, sino también en relación al interés del mismo sobre el tema; puesto que la Facultad no le da las herramientas y el conocimiento necesarios.

La misma entrevistada comenta sobre esto:

- Ent. (Med. Gine. 1) *“Tenemos un recelo. Porque no tenemos conocimiento. Entonces el no tener conocimiento, no nos da solvencia para hablar. Somos tan analfabetos como la población general. Es eso, eh... ahora, debo... te digo, en determinado momento juntando toda mi experiencia, y lo que veía, decidí a ver si en nuestra Facultad de Medicina, podíamos entrar en la temática, en crear una especialización. Eso fue muy tremendo.”*

Cuando pensamos que primero la religión y luego la medicina han sido los encargados de establecer qué se entiende por sexualidad, qué es sano y qué es considerado no deseado;

comprendemos que dichos actores han marcado los comportamientos humanos con respecto a su sexualidad durante siglos. Sin dudas genera gran impacto descubrir, de labios de una doctora en ginecología, que desde su formación académica los encargados de guiar y aconsejar a las personas sobre su vida sexual no tengan conocimientos sólidos sobre el tema. La propia doctora destacó que, y la citamos:

-Ent. (Med. Gine. 1) *“Bueno, nunca nada, nunca nada. Siempre formado por motus propio; me daba cuenta que era un desastre lo que estaba pasando. Por eso dediqué todo esto. Es que está en kindergarten, nuestro país.”*

Retomando lo que se vio con anterioridad en el Marco Teórico, donde se daba cuenta de que la vacuna contra el HPV se aprobó primeramente para las mujeres y, luego de un lapso importante, para los varones en edad de adolescencia; una de las hipótesis que se planteó en esta investigación era que la medicina estaba más enfocada en el HPV que afecta a las mujeres. La entrevistada comenta sobre dicho tema lo siguiente:

-Ent. (Med. Gine. 1) *“... no darle importancia al varón. La propia urología, vamos a hablar de la urología dentro de la propia medicina, hace poquísima medicina preventiva.*

¿Entendes? Muy poca. A la mujer se la cuidó por el embarazo, cáncer de aquí, por el cáncer de allá; y al varón se lo dejó, se lo dejó de lado... ¿Cómo decir?... no sé qué hay detrás de esto, una omnipotencia del varón. El poder del varón que nunca le va pasar nada, y la fragilidad de la mujer. No, el hombre se enferma como la mujer.”

Estos comportamientos, esta concepción de lo que hacen los hombres por un lado y las mujeres por el otro, ha incidido en el comportamiento sexual, lo aceptable y lo repudiable. La medicina, en sus inicios, tomaba como deseable que la mujer tuviera pocos compañeros sexuales, apoyándose en la religión cristiana. Como hemos visto en nuestro Marco Teórico, el acto sexual en la mujer estaba prácticamente reservado a la reproducción y no tanto al placer en sí. Sobre ello, una de las entrevistadas expresa que cuando ella fue estudiante de medicina:

-Ent. (Med. Cir. Proc. 1): *“Era cuando yo estudiaba, yo entré en el 2004 a la facultad. Sí, un libro te decía que promiscuidad eran tres parejas sexuales, hoy en día todo el mundo... bueno ¡la mitad del país tendría promiscuidad!, porque en realidad... fui muy exagerada, pero había una idea muy, quizás... del sistema previo, de la idea de la familia cerrada, del*

matrimonio y algo que hoy en día ya capaz que... en general no es la realidad, no es la realidad que vivimos.”

Los médicos se forman con una biografía que describe un comportamiento sexual en la mujer que, de alguna manera, es expuesto como negativo en caso de ser muy activo. Si partimos de la base de que dicha bibliografía está desactualizada, nos preguntamos entonces si también los médicos están desactualizados o si, por el contrario, están aggiornados con la realidad de sus pacientes y con los avances sociales y médicos. De alguna manera, una de las entrevistadas ofrece una respuesta a esta pregunta.

-Ent. (Med. Gine. 2) “Hoy por hoy... y uno como ginecólogo, entiende que la vida es otra. Que la mujer tiene derecho a tener múltiples parejas sexuales, y que lo puede hacer sin problemas. Pero es importante, de nuestra parte, saber que hubo un cambio en la sociedad, que existe ya hace unos años. Que se sepa cuáles son los cuidados que se debe tener al respecto y cómo tiene que cuidarse y cómo tiene que seguir y controlarse.”

El paciente, en este caso la mujer, debe tener la posibilidad de poder acceder a una consulta con un médico que entiende la realidad actual, la cual ha cambiado. ¿Cómo se plantea el tema de la sexualidad del paciente entre éste y su médico durante una consulta? Una entrevistada expone que:

-Ent. (Med. Gine. 2) “Yo creo que hay un poco de lo generacional, y otro poco como eso del colectivo, que no sabes cómo lo va tomar la paciente. Que no sabes cómo preguntárselo, para que no quede grosero. Para que no quede que te estás metiendo... También está eso, a veces uno no sabe cómo preguntarlo.”

Es posible observar pudor, tabúes, vergüenza, a la hora de preguntar y hablar abiertamente de algo que, al final y al cabo, resulta inseparable de la salud integral del paciente. Hasta ahora hemos visto que, según se desprende de las entrevistas, la sexualidad es un tema del cual se habla poco durante el proceso de formación médica, por lo que el HPV es resultaría también poco abarcado en la currícula académica, como lo hace explícito esta entrevistada:

- Ent. (Med. Gastro. Espe. HPV 1) “Se hablaba poco, no se hablaba prácticamente del HPV. Incluso se hablaba poco en la parte ginecológica femenina. Era un tema que no se forma, no se hablaba, no se informaba. Por lo menos yo nunca recibí información ninguna.”

Siguiendo esta misma línea, el siguiente entrevistado nos cuenta que:

- Ent. (Med. 1) *“No la vi... vos salís de la facultad, fijate hace 36 años, salís de la facultad con ciertas patologías muy marcadas.”*

El entrevistado no recibió dictados sobre el tema del HPV, o no recuerda haberlos recibido. Hablamos aquí del mismo virus al cual la OMS ha catalogado de pandemia, pudiendo afectar a cerca de un 90% de la población adulta sexualmente activa, pero los médicos salen de Facultad de Medicina sin estudiarlo. Continuando, el anterior entrevistado nos comenta que:

-Ent. (Med. 1) *“Además, en la facultad, en la época que yo estudié, te diría que, lo que era a nivel ambulatorio, era lo que menos veíamos. Veíamos mucho más lo que menos frecuente es, el nivel de internación. Porque todas las clínicas las hacía sobre todo a nivel de pacientes internados, y lo ambulatorio lo veíamos muy poco. Y cuando salís a trabajar te pasa todo lo contrario, vos lo que ves es todo lo ambulatorio. Entonces yo salí con eso como caos, digamos, y bueno... persiguiendo la hipertensión, la diabetes, etc. Pero no el HPV.”*

Sobre este mismo hecho, otra entrevistada también expresó:

-Ent. (Med. Gastro. Espe. HPV 2) *“Tengo muchas consultas de condilomas, que... acá en el Clínicas... no está totalmente abordado; no tenemos un equipo. Recién se formó ahora como un equipo multi disciplinario, es decir bueno... eso sí hacia dermatología, pero después nunca estudiábamos canal anal, todo en mujeres u hombres. Sí está todo el tema del PAP ginecológico, pero la parte anal no. Es eso lo que me motivó.”*

Parecería que no se tiene en cuenta nada por fuera de lo sexual que no involucra directamente los genitales. Todo lo referente al ano, resulta en tabú, como de alguna forma lo expresa la entrevistada a continuación:

-Ent. (Med. Cir. Proc. 1) *“Entonces, como que desde chicos nos enseñan que de eso no se habla. Entonces creo que desde ahí se inician como los tabúes en la sociedad, y eso cómo lo estamos transmitiendo. Y cuando llegamos a tratar el tema como adultos y como profesionales, como que nos cuesta salir de ese lugar y entender que... estoy hablando de esto, porque es importante que no pueda ser tabú en el consultorio.”*

De qué se habla, de qué no se habla, lo aceptado y lo rechazado; la idea del cuerpo y la sexualidad de los individuos, al final, como plantea J. Butler, esa construcción social de

nosotros mismos, que es externa nosotros mismos, nos limita. Esta limitación se extiende, como se lee en la cita de la entrevistada, al propio campo de su profesión, porque no resulta fácil o socialmente aceptable hablar del ano libremente, por lo escatológico, por los tabúes, que, según plantea la entrevistada, nos son inculcados desde la niñez.

Parecería que se van sumando tabúes, temas de los cuales no se habla: sexualidad, el ano... Por lo menos es así como lo parece plantear esta entrevistada:

-Ent. (Med. Cir. Proc. 1) “La verdad que es una especialidad que le gusta a mucha gente. Sobre todo, la parte del intestino, pero la patología del ano no le gusta a casi nadie. Entonces, nosotros muchas veces nos dedicamos a tratar pacientes que muchos colegas solo los pasan con nosotros, a veces sin examinarlos incluso. Porque yo siempre les digo a mis estudiantes esto: el examen del ano te da más pudor a vos que al paciente, en general, porque los pacientes vinieron por eso, y la mayoría vienen con la intención de que los revises, porque te quieren mostrar lo que tienen para que les hagas un buen diagnóstico. Y muchas veces somos los médicos que tenemos pudor, muchas veces evitamos esa instancia. A nosotros no nos pasa, para mí es lo normal en mi consulta, porque de 8 o 10 pacientes que vienen, seguro a 7, 6 les voy a examinar el ano. Pero nos pasa mucho que los pacientes vienen con exámenes o insuficientes, o mal hechos o rápidos, o sin exámenes, específicamente de esa zona, porque la intención en general es “lo paso al que sabe”. También es un círculo vicioso, porque al final la gente termina... no aprendiendo hacer diagnósticos correctos, por evitar el pudor que creen que lo tiene el paciente y muchas veces son los profesionales que lo tienen.”

Resulta relevante remarcar, en la cita de la entrevistada, que hay médicos que no hacen un buen diagnóstico por el hecho de que sienten vergüenza o pudor en relación a una parte del cuerpo del paciente, que es también parte de ese cuerpo que debe mantenerse sano. Ocurre entonces que el ano, de alguna manera, sería generalmente marginado del análisis médico, pero sucede también que:

-Ent. (Med. Gastro. Espe. HPV 2) “...Se comenzó el interés por esto, a nivel anal. Sobre todo, por la mayor incidencia del cáncer de ano.”

Por un lado, los médicos plantean que ha aumentado los casos de cáncer de ano, pero, por el otro, nos encontramos con la situación, ya mencionada, de que ellos no se han acercado a la temática del HPV, al menos no con la rigurosidad necesaria, durante su formación académica. Así nos lo cuenta esta entrevistada:

-Ent. (Med. Cir. Proc. 1) “¡No, nunca! Mira, yo doy el teórico de cáncer de ano, en sexto de medicina. Porque justamente me tocaba por la distribución entre los docentes. Yo soy grado dos de facultad, ahora terminé mi cargo, pero dentro de los grados no. Y di, yo daba el teórico; y lo que más hablábamos en un teórico de cáncer de ano, es de HPV. Es la única instancia en que hablamos de eso. Es un teórico en seis años de carrea. Eso es todo lo que hablamos, que está bien, digo, es entendible que tenemos un montón de temática. Pero en verdad hay un montón de temática de prevención, que obviamente tiene lógica que el cáncer de colon, por ejemplo, que es el segundo en el Uruguay, y que realmente tenemos muchos casos. Nosotros hacemos hincapié, hincapié, hincapié; pero si vos no te dedicas a la colonosco-proctología, si en tu servicio de facultad (que nosotros somos eh... somos 5 servicios de cirugía que formamos estudiantes) (...), si el que habla de esto, no se dedica a la colonosco-proctología; y no está tan metido de que tiene pacientes, de que sabe de lo que pasa, de la transformación, de la prevalencia, de cuantos pacientes hay... y si no trabajas en el sistema mutual sobre todo, porque en el sistema público te consultan mucho menos por esta patología, muchísimo menos.”

Por qué se observaría una menor cantidad de consultas en el sistema público que en el privado, resulta una pregunta muy interesante para una futura investigación.

Se observa que existe un conocimiento dispar de médicos y médicas que tratan con pacientes de HPV en su práctica clínica, con dificultades que expresan al valorar su propio desconocimiento. Pese a que la formación en Medicina ha variado en nuestro país a lo largo de los años, he incluso han surgido alternativas a la tradicional formación que se brinda en la UDELAR, al analizar el discurso se observan carencias en médicos y médicas que cursaron su formación en períodos muy distintos. Asimismo, también se observan disparidades respecto a medicina general y especialidades, ya que en estas últimas se expresa un conocimiento mayor. No obstante, ello, debe indicarse que el conocimiento más específico parecería estar relacionado con una menor carga de prejuicio al abordar el tema, lo que hace reflexionar sobre la importancia de generar mecanismos de formación permanente para la práctica clínica, que es la directamente vinculada con la atención de usuarios y usuarias del sistema. Asimismo, se observa en todos/as los/as entrevistados/as una lógica binaria de la lectura sobre el género, lo que, sumado a los prejuicios en torno a la sexualidad, nos hace pensar sobre la importancia de generar mecanismos de formación que no solo abordan el tema en sí, sino que también transversalizan una problematización en torno a género y sexualidad.

Cuarta dimensión de análisis, vacuna contra el HPV.

Como ya vimos en el apartado ‘Virus del HPV’, el HPV es un virus de transmisión sexual que puede provocar, en algunos casos, cáncer en los individuos portadores. Recordemos además que la OMS ha diagnosticado que, dentro de la población sexualmente activa, cerca de un 90% de individuos habrán de ser portadores de una o más cepas de dicho virus.

Como se considera importante para el lector, se vuelve a mencionar que la vacuna contra el HPV se comercializa en el mundo desde el año 2006, y que en Uruguay se comienza a comercializar para un público estrictamente femenino recién en el año 2013. En el 2015 el MSP agrega la vacuna dentro del plan de vacunación con un carácter de gratuito y obligatorio para adolescentes mujeres, entre los doce y los trece años de edad. Siguiendo los mismos criterios, el MSP, ya en el año 2019, extendió la vacunación a los adolescentes varones, dentro de la misma gama etaria que las niñas.

La vacunación de los adolescentes fue la primera campaña a gran escala en el Uruguay sobre el HPV, haciendo, de alguna manera, que en nuestro país pasara a ser de público conocimiento la existencia de este virus. Por esta razón, se tomó como relevante el preguntar a los médicos entrevistados por el conocimiento acerca del virus y sobre la vacuna contra el HPV, enfatizando en la posibilidad de que pudiesen recomendarla o no a sus pacientes. A continuación, se plantearán y analizarán las respuestas que se obtuvieron sobre el tema.

Una dermatóloga que nos comenta acerca de la asociación que hacen sus pacientes con el HPV y la vacuna, diciendo:

-Ent. (Med. Derm. 1): “No, nada. A los pacientes los agarra por sorpresa. Alguno leyó, alguno sabe algo... pero los agarra totalmente por sorpresa. No están... incluso les da miedo cuando saben que el nombre del virus es el HPV. Porque lo único que saben es por la campaña de la vacuna, por lo que se hizo por las niñas, por cáncer de cuello de útero. Les da miedo que sea el mismo. Ahí les explico que no, que es otra cepa. Si bien el nombre y el virus es el mismo. No tiene nada que ver las verrugas genitales en los hombres con las mujeres, con lo que se produce... con el HPV que se asocia con el cáncer de cuello de útero. Nada que ver.”

Es posible afirmar entonces que la vacuna y, más especialmente, la campaña de vacunación, ha acercado a la población, en general, cierto conocimiento sobre el virus. Eso mismo nos plantea esta doctora, quien ha estudiado por años el HPV anal:

- Ent. (Med. Gastro. Espe. HPV 1): “¿Con la gente?, ¿si la gente está más informada decís? Yo veo un cambio, lento pero bueno. Pero sí, están un poco más informados. Eh... también yo he publicado muchas cosas. Acá en Uruguay es mucho más fácil, pones HPV anal Uruguay, te aparecen informaciones que antes capaz no existían. Además, algunos ginecólogos comenzaron a trabajar en esto. Creo que en la medida que los médicos comencemos a darle un formato al tema, entonces la gente encuentra donde buscar. Y mismo en la televisión, con esto de las vacunas para las niñas, para los varones. Yo creo que eso también es cierta publicidad lo ha puesto arriba de la mesa el tema... pero la publicidad creo que ejerce algo maravilloso, y la vacuna sin quererlo está haciendo un marketing...”

La vacuna no sólo ha significado una herramienta más para el cuerpo, para combatir el HPV, sino también ha generado curiosidad en algunos en la población general, de conocer, preguntar y preguntarse qué es este virus del que se habla. Como lo comenta este entrevistado:

-Ent. (Med. 1): “Hay consultas a veces para que les informes. Hay, ‘explícame con respecto de la vacuna. Yo no soy especialista, pero te diría que...’, y cuento alguna experiencia personal, alguna información personal. Pero derivo para el mejor consejo. Dentro de las vacunas hay dos tipos, y no sé si siguen estando los dos, que cubrían ciertos sectores... yo no tengo la estadística al día, para decir mejor esto o mejor aquello.”

Pero los médicos no son la única fuente de información, sino también existen otros medios hoy por hoy, como plantea este entrevistado:

-Ent. (Med. Oto. 2): “... Hoy en día con internet es mucho más, por suerte; se sabe más cosas. Te diría que hay que tener cuidado con Internet, hay que leer en páginas buenas de internet. Pero la información es mucho más... más grande, más expandida, más repartida.”

Tanto los médicos como quienes no están relacionados con el mundo de la medicina pueden acceder a información sobre un tema de la salud con un simple clic en la computadora. Pero lo que salta muchas veces a la vista es la asociación del HPV con la enfermedad cáncer. Esa palabra que muchos no se atreven ni a mencionar, pero que sólo dos variables del HPV pueden provocar.

Pero la desinformación no sólo pasa por las personas que leen o se informan en fuentes que pueden ser cuestionables, también sucede con las autoridades de la medicina, en este caso, el propio MSP. En el 2019, como ya se mencionó, plantea la obligatoriedad de la

vacunación de niños y adolescentes varones contra el HPV. Dos de las entrevistadas sobre este tema plantean lo siguiente:

- Ent. (Med. Gastro. Espe. HPV 1): "... en el momento que se decidió traer la vacuna... ahí, ya se estaba vacunando en el mundo... en Australia no sé hace cuántos años a los varones."

- Ent. (Med. Cir. Proc. 1) "...Y eran todas nenas, las que se vacunaban. Después cuando... claro, recién el Ministerio (por el MSP) en el 2019 comenzó a recomendar, y la vacuna es gratuita para los varones, en ese tiempo nadie se planteó; y en realidad la vacuna entre los hombres se hace desde 10 años en Europa, más o menos; sí debe hacer 9 años que ya vacunan a los hombres, y acá no se planteaba."

La pregunta que surge claramente es por qué el MSP no fomentó vacunar antes a los adolescentes en general, mucho antes de lo hecho. Esa pregunta queda sin responder por, los entrevistados no supieron dar una respuesta en sí, como le sucedió a esta entrevistada:

- Ent. (Med. Gastro. Espe. HPV 1): "Porque no había vacunas. Primero porque no había vacunas, sencillo. No estaba, yo qué sé, hace 15 años atrás. Segundo porque tenemos que tener un MSP sensible, creo que este lo es. Ha habido varios MSP en los últimos 20 años. Creo, particularmente este MSP que estamos cursando, el que está cursando, es particularmente sensible, no. ¡Pero! hemos tenido varios enemigos para la vacuna del HPV. Metidos en el propio gobierno, no sé por qué intereses, por egoísmos porque... Hay gente del gobierno anterior, por ejemplo, había gente, académicos metidos en MSP que le decía a la población que no había que vacunar. Había toda una prensa negativa. Claro, si no hay que vacunarse; que es una enfermedad contagiosa, lo dejas desnudo al paciente o a la población."

El investigador, se plantea si existe desconocimiento o tabúes al respecto del ano sexualizado.

La siguiente entrevistada opina lo siguiente:

- Ent. (Med. Cir. Proc.1) "... había una desinformación de que obviamente que el riesgo mayor de transmisión para el cáncer anal, es la penetración; pero mayor, pero no es la única. Entonces había una idea de que, si lo generaba en el cuello del útero, pero no había una idea que los varones también se beneficiaban, no sólo porque no transmitían la enfermedad, sino porque también se prevenían los tumores en el pene y los tumores en el ano. Porque había una desinformación de contagiosidad del contacto cutáneo, nada más. Había una idea que se relacionaba sólo con la

penetración anal, no era necesariamente así. Eso después, cuando se muestra, creo que es cuando se comienza a recomendar, y ahí nosotros casi 10 años después lo comenzamos a recomendar acá.”

El conocimiento experto, como hemos visto, influye enormemente sobre las decisiones que un individuo toma sobre su propio cuerpo, con respecto a la vacunación y al propio HPV. Asimismo, el conocimiento experto influye en la concepción de la propia identidad sexual, de su construcción o deconstrucción, a la que se le pueden atribuir cargas morales negativas. Como comenta esta entrevistada:

- Ent. (Med. Cir. Proc. 1): *“Una madre me dice: ‘no, porque mi hijo no va tener relaciones anales, no. ‘Ósea como esa, relacionarlo directamente con que el HPV se nota... se habla más en la mujer, que en el hombre no es tan frecuente, y el cambio es una desinformación.”*

El acceso a la información, y a qué información accedemos, es importante. Desconocer algunos estudios médicos, por qué se realizan, hace que vayamos a ciegas al médico y que entreguemos nuestro cuerpo a la medicina. Sobre esto la entrevistada menciona que:

-Ent (Med. Gine. 2) *“Yo creo que depende del medio en que uno se mueva. Cuando uno se mueve en el medio más hospitalario, de salud pública, el conocimiento es más limitado. Los pacientes muchas veces no entienden el motivo de lo que se va a buscar en el Papanicolaou. Mientras que cuando uno lo hace más en el ámbito privado, hay un poco más de conocimiento. De todas formas, siempre alguna limitante hay, y hay algunas cosas que a la mujer le siguen quedando dudas, y sigue teniendo ciertas preguntas.”*

Lo que está claro es que la vacuna, al existir en nuestro país, al ser promovida por el MSP; ha hecho que la población en general conozca, directa o indirectamente, el HPV. Esto es lo que afirman todos los médicos que fueron entrevistados.

Quinta dimensión, Experiencia vivida y la percepción con la relación con el/la médico/a tratante.

Una vez que se obtuvo la percepción de los y las médicos/as, que se analizó con anterioridad. Era relevante conocer las experiencias y las percepciones de las y los pacientes que tienen HPV.

Cuando se les consulto por la primera experiencia, cuando se les diagnostica HPV, comentaron esto en las entrevistas:

- Ent. (Paciente 1): “En realidad cuando me lo dijeron me asusto, porque no tenía ni idea lo que era el HPV. Jamás había escuchado en mi vida, y bueno, me dijeron que tenía HPV. Yo hice cara ¡de lo qué!, ¿qué es eso?”

- Ent. (Paciente 2): “Fue el peor examen que me hice en la vida, porque me pasa que ta... Me hicieron, claro, vos si bien vas prevenido. Por qué ta, prevenida, te tenes que llevar una toallita y eso. Ta, me paso que me manche todita, tipo... claro, nadie me aviso. Por qué claro, al hacer biopsia te sacan ahí un pedacito, y ta, una el dolor y después lo otro que no la pase muy bien, incluso después a los días estuve media... sentía como dolor, y tenía como un pequeño sangrado, este, que no sé si eso es normal, no. Y después en realidad como ahí salió que si bien tenía lesiones, no eran lesiones graves. Yo cada seis meses, yo me tenía que hacer el PAP y la colposcopia.... Obviamente que la primera vez que me dicen bueno, tenes HPV. Enseguida busque para tener algo de información.”

- Ent. (Paciente 3): “Yo me hacia PAP de control, y en un momento me sale que tengo algo me mandan hacerme una colposcopia; y ahí confirman. Y me mandan hacerme controles hasta que eventualmente me hacen una biopsia también.... pero no estaba informada, y el medico no me dio mucha información, entonces lo que en realidad lo que estuve un poco asustada.”

En las siete entrevistas realizadas, cuando se les pregunto cómo fue la experiencia cuando se les da el diagnostico positivo por HPV, como en los fragmentos que se copiaron de algunas de las entrevistas realizadas. Se repite la sensación y emoción de miedo, desconocimiento de lo que el/la médico/a te está diciendo que tienes, y sobre todo desinformación. Las y el paciente sienten desinformación propia, y en algunas situaciones sintieron lo mismo del profesional de la salud que le estaba dando el diagnostico.

De las personas entrevistadas, cuando se les consulto sí algún médico les había hablado de la vacuna contra el HPV, solo tres entrevistados respondieron afirmativamente. El resto comento que nunca se les había mencionado la vacuna. De quienes sí, el paciente se le recomendó y se vacuno, como lo planteo de la siguiente manera:

- Ent. (Paciente 3): “... Y después me sugirieron darme la vacuna. Que no recuerdo si hice el proceso completo, creo que era tres dosis y me di dos, algo así.”

- (Ent. Paciente 5): “Me consoló, y me explico que podía producir, no era que se podía dar [cáncer]. Debía hacerme estudios cada dos años, comer sano, y me recomendó que me diera las vacunas contra el HPV. Las mismas que se recomendaban del MSP para las mujeres, me explico, que servían también para los hombres y que tenían un costo.”

La otra entrevistada que menciona la vacuna, no se la recomendaron los médicos tratantes, pero comenta que sabía que existía y porque no se la dio:

- Ent. (Paciente 6): “en el momento que llego, como mis padres están en la salud. Mi padre justo estaba en el militar, y les ofrecían a los funcionarios que tenían hijas menores de 18 años. El que tuvieran acceso a la vacuna, yo ya era mayor de edad, entonces no entraba. Entonces, nunca fui elegible para vacunarme.”

De las entrevistas realizadas, el entrevistador comprende que la información que se le brinda al paciente que tiene HPV, depende de cuanta suerte le toque alguien que tenga mayor información sobre el virus que el resto de sus colegas, porque la y el entrevistado pudieron vacunarse igual teniendo HPV, porque es lo que se recomienda, para que el organismo tenga alguna herramienta para combatir el HPV. Pero la otra entrevistada que menciona la vacuna en sus entrevista, plantea que como esta por fuera de la edad que recomendaba el MSP para vacunarse y como ya tenía el virus entiendo que debía vacunarse, y tampoco por que superaba la edad que se recomendaba por el MSP, no podía acceder a vacunarse sin costos, en ese momento. Recordando como ya vimos antecedentes, que la vacuna en sus inicios tenía un costo monetario y estaba enfocada para adolescentes de una fraga de edad determinada.

A la hora de realizarse los estudios preminentes por el HPV, dos entrevistadas comentaron que eligen siempre que pueden mujeres para que les realicen los estudios, por como ellas mismas lo expresan, por vergüenza, diciéndolo así:

- Ent. (Paciente 2): “Me atiendo con una mujer, porque ta, me da como vergüenza. Puedo ser como abierta, pero en ese sentido me da como un poco de vergüenza. Me paso cuando me hice la primera colposcopia. Que en realidad voy, yo tenía fecha con una señora, y la realidad es que esa señora estaba en licencia médica, y había un señor en su lugar.”

- Ent. (Paciente 7): “yo siempre fui al mío, hasta que vine acá a Montevideo. Ta, acá en Montevideo no tengo.... Siempre trato de ir, por el tabú de la edad que tengo de ir con una mujer, viste.”

La desnudes del cuerpo, ser observada por un varón que no es elegido en un contexto sexual-pareja, para estas dos entrevistadas quienes confiesan la vergüenza que tienen de que sea un hombre quien las vea, y les realice el estudio al que van. El sentimiento de vergüenza está en las pacientes entrevistadas y el paciente también, vergüenza por ir a consultar por un virus de transmisión sexual, por tenerlo. Por miedo a ser juzgada/o. Como le sucedió a esta entrevistada que se sintió interpelada por sus conductas sexuales, comentando en forma de anécdota en la entrevista así:

- Ent. (Paciente 4): “Me acuerdo clarito. Y... y es más te digo, me estoy recordando ahora que, con el primer médico, medio me hablo retándome. Me lo explico sencillo, pero me reto. Me acuerdo que me dijo incluso, en un momento... me acuerdo patente, ahora me vino a la mente, me dijo: - “no puede ser que...” me dijo: - “¿qué profesión tenes?”, le dije que era abogada. Me dijo: - “no puede ser que, siendo abogada, y que tengan tanta inteligencia.” Me lo dijo enojado, se enojó. Para algunas cosas, pero tan poco para otras. Por supuesto que yo me puse a llorar, me sentí re mal. Pero me lo dijo: - “disculpa que te lo diga, pero me enoja, me calienta.” Me lo dijo con este término. El médico, el primer médico, que pasen estas cosas que pueden ser evitables, sobre todo cuando tienen tantos niveles de estudio, que saben más cosas, otro tipo de conductas de ustedes en otras áreas, me dijo. Como el tema del cuidado sexual.”

Cuando un paciente va a consultar a un médico, que el paciente sea cuestionado, y que se le pregunte por una intimidad sexual que por vergüenza, miedo, o por el simple hecho de no desear hablarlo, hace la persona se cierre. El miedo a ser juzgado, como le paso a la entrevistada que se citó con anterioridad, donde ella se sintió vulnerable porque el médico le estaba haciendo un juicio de valor primero por el hecho que ella era universitaria, dando el médico por sentado que ella por tener estudios terciarios, no podía estar en una situación, en la que quizás para el médico tratante sí podían estar otras mujeres con menos formación educativa.

Entonces hay un juicio de valor desde el profesional de la medicina, y es una condena doble, donde la paciente se sintió juzgada por fallar al estado ideal que tenía el médico, y a la vez ser etiquetada como descuidada a la hora de relacionarse sexualmente con un otro.

Conclusiones

En este trabajo de carácter sociológico se pretendió conocer cómo es la realidad en los consultorios de médicos montevideanos cuando ingresa un paciente con HPV; las reacciones de los médicos, la información brindada por ellos y, finalmente, todos aquellos elementos socio-culturales detrás del diagnóstico y el tratamiento. Con respecto a relación médico paciente, nos interesó, más que nada, la influencia de los elementos antes mencionados, o sea, el bagaje académico, social y cultural, que determinan de qué forma, en el decir de Foucault, el poder médico se ejerza sobre el “cuerpo pasivo” del paciente.

Como forma de guía se establecieron nuestras hipótesis (que recordaremos a continuación) y, como mecanismo para poder analizar las entrevistas que se realizaron a los médicos en el campo de trabajo de esta investigación, se utilizaron las cuatro dimensiones de análisis, como vimos con anterioridad.

Recordemos nuestras hipótesis: En primer lugar, planteamos la existencia de una incidencia de tipo moral y religiosa sobre la praxis de los médicos montevideanos tratantes de pacientes con HPV. Tal incidencia, decíamos, provendría tanto de la academia como de entornos familiares y culturales en general. Como resultado de este primer supuesto, habíamos propuesto un cierto “recelo” a la hora de auscultar los genitales del paciente, podríamos llamarle vergüenza o incomodidad por parte del médico, concentrándose el discurso y la práctica, más que nada, en los órganos reproductivos femeninos.

En segundo lugar, plantemos la hipótesis de que la esfera médica montevideana tiene un lento comportamiento a la hora de informarse y estar acorde con los avances en el tema (en comparación con otros países en el mundo -con respecto al HPV), en particular en referencia a áreas distintas a la vulva-vagina y útero. Ello supondría una situación de discriminación positiva, en tanto que el cuidado de los órganos reproductores femeninos concentraría la atención y los tratamientos; no haciendo hincapié el cuerpo del varón y en la garganta y el ano de la mujer.

Nuestra tercera hipótesis nos llevaría a presuponer que los médicos montevideanos consultados y tratantes de HPV comprenderían que los hombres que tienen sexo con otros hombres conllevan una suerte de predisposición a contraer tanto HPV como VIH-Sida. Dos virus que irían fuertemente de la mano, como lo ha sugerido la misma OMS. Ello, como hemos sugerido ya y a diferencia de la hipótesis anterior, supondría un caso de discriminación negativa para con estos pacientes (realizamos una comparación con el caso de la discriminación por VIH-Sida de los 80's y 90's).

Finalmente hemos presentado el supuesto de que, en tanto otros aspectos más allá de los morales religiosos, no encontraríamos aquellos que incidan sobre la visión de los médicos montevideanos sobre el HPV de forma significativa.

Conclusiones en torno a la primera hipótesis.

En referencia a nuestra primera hipótesis podemos afirmar que, a partir de información obtenida de las entrevistas a los médicos, nuestra Facultad de Medicina trata la sexualidad humana con poca rigurosidad. Académicamente “no se naturaliza algo que es natural”, una necesidad fisiológica del individuo; como lo es alimentarse o dormir. Se “arrastran”, según lo que mencionan los entrevistados, preconceptos, miedos y tabúes sobre la sexualidad que perjudican, en vez de mejorar, la vida de los individuos.

En nuestro marco teórico se planteó que ese “arrastre” de ideas provenía del cristianismo e incidía en los médicos a la hora de tratar a sus pacientes, según los postulados de Foucault y Barran. Si bien no nos es posible asegurar por qué la Facultad de Medicina no habla con mayor apertura sobre sexualidad humana con sus estudiantes (no ha surgido este punto en nuestra investigación y tampoco era un cometido de la misma), si se puede afirmar que existe inquietud sobre el tema por parte de algunos profesionales. Así, por ejemplo, nos lo expresó la Med. Gine. 1, cuando nos aseguraba que había logrado poder dar un seminario⁴⁵ sobre sexualidad, y cómo abordarla con el paciente. A modo de comentario, a dicho seminario no obligatorio, según nos cuenta la doctora, concurrieron solamente 30 médicos, lo que constituye un número ínfimo.

Siguiendo esta línea, y teniendo en cuenta nuestra cuarta dimensión de análisis⁴⁶, los entrevistados han asegurado que les resulta cotidiano encontrar pacientes que demuestran sentimientos negativos cuando se les notificaba que tienen HPV. La gran mayoría de los médicos señaló a la angustia y la vergüenza de tener un virus de transmisión sexual como las principales reacciones de los pacientes. A su vez, algunos entrevistados comentaron que los pacientes demostraban miedo a ser juzgados por el médico tratante. En conjunto con esta postura del paciente se encuentra una actitud que, según una entrevistada⁹¹, presentan algunos médicos de medicina general. Estos últimos, según señalaba preocupada la entrevistada, suelen delegarles a los pacientes sin haberlos auscultado previamente. Ello mostraría, en palabras de la propia proctóloga, pudor por parte de los médicos a la hora de revisar el ano del paciente. Dicha postura del médico de medicina general podría, sin lugar

⁴⁵ Se centraba en describir cómo es la relación del médico con su paciente, cuando este último tiene HPV.

⁴⁶ Med. Cir. Proc. 1

a dudas, incrementar la propia sensación de vergüenza experimentada por el paciente, la cual se notaría luego en su consulta proctológica. Todavía más, como conclusión extraída de las entrevistas, muchos médicos sienten pudor también a la hora de revisar los órganos sexuales del paciente, y sólo en el caso de los especialistas que tratan las mismas habría menor resistencia.

En resumen, muchos de los médicos entrevistados han asegurado que la Facultad de Medicina no otorga las herramientas necesarias a sus estudiantes (en Medicina General) en relación al HPV y para poder dialogar con pacientes sobre prácticas sexuales de forma óptima. Esa falta de preparación incidiría, podemos afirmar, en la generación o en la prolongación de sentimientos de rechazo y pudor por parte de los médicos. Pensando en las posibles razones de esta falta, recordemos las palabras de una de nuestras entrevistadas:

-Ent. (Med. Cir. Proc. 1): “Era cuando yo estudiaba, yo entré en el 2004 a la facultad. Sí, un libro te decía que promiscuidad eran tres parejas sexuales, hoy en día todo el mundo... bueno ¡la mitad del país tendría promiscuidad!, (...) había una idea muy, quizás... del sistema previo, de la idea de la familia cerrada, del matrimonio y algo que hoy en día ya capaz que... en general no es la realidad, no es la realidad que vivimos.”

Retomando los planteos de Foucault, y luego lo dicho por Barran, podemos decir que la sexualidad ha sido limitada a la reproducción de la especie por parte de la iglesia, y el placer en sí estaba mal visto. Cuando la medicina comienza a tener peso en lo social, y reclama su posición en la estructura social, arrastra ideales de la propia iglesia, como lo mencionan los autores. Estos postulados de ataño podrían incidir en que las lecciones de Facultad de Medicina, que se imparten para futuros doctores en Medicina General, se vean limitados a la hora de tratar la sexualidad en sus más amplias e igualmente humanas formas. El pudor, la vergüenza y el estigma que cada individuo conlleva desde su formación personal, se prolongaría desde la propia Facultad de Medicina, lo que termina convirtiendo a la sexualidad en tabú social.

Ese desconocimiento de la sexualidad en su generalidad está acompañado por un, permitámonos decir, muy básico conocimiento acerca del HPV (sobre todo en Doctores en Medicina General). Ello se refleja en la situación de que el paciente puede no ser auscultado por el primer médico que lo recibe y termina por ir de médico en médico, hasta que encuentra el indicado para tratarlo; y en ese proceso se pierde tiempo valioso para el tratamiento.

Conclusiones en torno a la segunda hipótesis.

En respuesta a la variable tres, en donde se establecía el conocer la opinión del médico sobre sí existía una asociación entre el VIH-Sida y el HPV (siendo que dicha

asociación la establece la propia OMS), los entrevistados dieron como respuesta que, siendo el HPV un virus que se transmite por vía sexual, era posible que quien fuera portador del mismo tuviera VIH-Sida. Por lo tanto, ante un diagnóstico por HPV, se manda un estudio de sangre en búsqueda de otras ETS.

Algunos otros daban por sentado que si el paciente portaba HPV tenía una probabilidad alta de tener VIH-Sida, y si el paciente era homosexual, dicho rango de riesgo aumentaba considerablemente. Esta afirmación aparece en investigaciones de carácter médico científico, como se vio en el apartado de Antecedentes, en “La relación entre el virus del HPV y el VIH en el Uruguay”, donde se encuentran investigaciones que establecen la relación entre ambos virus de transmisión sexual. Sobre todo, se establece que los hombres que tienen sexo con otros hombres⁴⁷, tienen una mayor predisposición a ser portadores de ambos virus. Recordemos que de ese punto partió la investigación de D’Albora⁴⁸, en la que se plantea, en un principio, que hay una relación entre el HPV y el VIH, y que la población gay es la más afectada por el contagio de dichos virus. Recordemos también que D’Albora y los demás investigadores⁴⁹ toman como primera población de riesgo a hombres que tienen sexo con hombres, pero que, sin embargo, D’Albora concluye en que no es posible asegurar empíricamente la relación de los dos virus para el caso de esta población. Tomando en cuenta esta conclusión, nos es posible vislumbrar entonces un paralelismo entre la situación actual del HPV y la ocurrida entre los 80’ y 90’ en relación al VIH. Esta asociación, directa o indirecta, entre los dos virus y la homosexualidad reafirmaría lo que planteaba Muñoz, que se construye al monstruo, lo diferente, en este caso es tener dos ETS. Vale aclarar que el investigador no puede afirmar que los médicos que comparten esta afirmación son homofóbicos, o algo similar. Pero sí es posible decir que esto coloca a estos pacientes en una situación en la que pueden ser prejuiciados, cuando necesitan recibir atención médica para tratarse por HPV. Resultaría muy apresurado para los médicos afirmar el porte de ambos virus, sólo desde el diagnóstico positivo, o hasta la simple sospecha, del HPV. Ello derivaría en una estigmatización de la población de hombres gay que se verían afectados por este prejuicio ya que, si bien hoy por hoy es posible mantener una buena calidad de vida siendo portadores del VIH, no deja de ser una enfermedad dañina y sobre todo dañina socialmente para quien es portador. Un claro ejemplo de este prejuicio es, y que toca lo que ya se dijo en la dimensión tres, el brindado por la entrevistada Med. Cir. Proc. 1, a modo de anécdota: un paciente masculino, portador del virus del HPV con condilomas visibles en el ano, se mostraba avergonzado ante la posibilidad de que el médico tratante llegara a pensar que había mantenido relaciones sexuales con otro hombre. Ante todo, se mostraba muy inquieto por

⁴⁷ Esa es la nomenclatura utilizada por los médicos.

⁴⁸ Ir al a pág. 28

⁴⁹ Como fue el caso de la Med. Gastro. Especialista en HPV 1 y Med. Gastro. Especialista en HPV 2, que fueron entrevistadas.

conocer de qué manera le explicaría todo eso a su esposa. Esta anécdota de la entrevistada vuelve a demostrar cómo se asocia erróneamente una ETS con una orientación sexual.

A título personal, es relevante marcar que el imaginario colectivo, la construcción del otro, como plantea Foucault⁵⁰, en este caso continúa con ideales de antaño. En tal sentido a la población gay se le atribuía comportamientos de promiscuidad sexual, por lo que los médicos explicaban que, a causa de la misma, el VIH-Sida en su momento se hubiera expandido entre tantas personas de dicha comunidad. Siendo hoy la realidad de que las personas, sin importar su orientación sexual, en promedio, tienen mayor cantidad de parejas sexuales a lo largo de su vida, comparando con las personas en el pasado, la medicina debería reconocer el cambio de comportamiento y actuar de forma acorde.

Conclusiones en torno a la tercera hipótesis.

En relación a nuestra segunda hipótesis, comencemos por resaltar que, de lo analizado en los discursos de los médicos entrevistados, se llega a la conclusión de que en los primeros seis años de estudio de grado en la Facultad de Medicina los estudiantes tienen un acercamiento, llamémosle, muy básico al tema del HPV. Extraemos también de las entrevistas cómo ese poco conocimiento se extiende a lo largo de la carrera profesional de varios médicos, más visiblemente, en los casos en que estos no han seguido una especialización relacionada con el virus. Si tenemos en cuenta que la OMS ha establecido que el HPV constituye una pandemia a nivel mundial, que afecta o afectaría a casi toda la población sexualmente activa (como se mencionó a lo largo de este trabajo), resulta poderosamente alarmante que este virus, que puede mutar en cáncer, no sea tratado más en profundidad desde la academia.

Por fortuna, podríamos decir, hay médicos que sí han resuelto continuar con estudios especializados que incluyen conocimientos más profundos sobre el HPV. Así vemos por ejemplo el caso de la dermatología, especialización en la cual, según algunas de nuestras entrevistadas, es algo cotidiano observar pacientes con verrugas, provocadas muchas veces por el HPV.

Otro factor fundamental que ha salido a la luz en las entrevistas, en relación a los estudios sobre este virus, trata de las diferencias entre la preparación académica recibida en nuestro país y la recibida en el exterior; según mencionaron dos entrevistadas⁵¹. En el primer caso se destacó que fue posible aprender más sobre sexualidad y cómo abordar el trato con las mujeres que venían a su consulta (para

⁵⁰ Ir al Marco Teórico.

⁵¹ Son: Médica en ginecología 1 y Médica cirujana en proctología 1.

poder hablar de protección y cuidados a la hora de tener relaciones sexuales) una vez que el médico estuvo capacitándose en el exterior. La segunda entrevistada mencionó que le había asombrado cómo se trataba el HPV como una patología cotidiana, y que la población que iba a consultar era una población que asistía a consulta sin reparos, enseguida que tenía los primeros síntomas del virus⁵². Estas experiencias en el exterior permitieron visualizar el hecho de que el plan de estudios de la Facultad de Medicina se encuentra desactualizado en relación a este tema.

Este hecho no resulta algo menor, puesto que para aquellos que no tienen la ventaja de formarse en el exterior, la formación recibida en nuestro país les será insuficiente. Si a ello le sumamos el tabú del que hablábamos anteriormente, la sumatoria de factores resultará, claramente, en detrimento de una óptima praxis. Así, por ejemplo, las dos ginecólogas entrevistadas expresaron que sí trataban en su formación el virus del HPV, pero que sentían no tener las herramientas necesarias para poder sentarse a conversar con sus pacientes sobre su sexualidad. Ello las alejaba de indagar un poco más sobre las prácticas sexuales que llevan adelante sus pacientes, ya que estas eran necesarias para conocer futuros riesgos de contagio, que no solamente abarcaría la vulva-vagina, sino otras cavidades del cuerpo humano, como ya lo hemos visto. Una de las entrevistadas especializada en ginecología⁵³, comentaba en la entrevista que muchas jóvenes iniciaban su vida sexual practicando sexo anal y no vaginal, por múltiples motivos. Pero lo que recalca era que esta práctica sexual no era contemplada por muchos de sus colegas, y que por lo tanto no se preguntaba en las consultas; lo que provocaba que información valiosa para el tratamiento y seguimiento se perdiera. A modo de comentario, agregaremos que esta situación de incomunicación en relación a la sexualidad, muchas veces por pudor y vergüenza de ambas partes, genera también otras situaciones que podrían evitarse: según la Med. Gine. 1 al no haber una correcta comunicación con las pacientes terminan por ocurrir gran número de abortos en nuestro país.

Arribamos luego, también derivado de las inquietudes de los entrevistados, al tema del escaso conocimiento adquirido sobre la sexualidad de la mujer durante la formación académica. Es posible notar que, muchas veces, las prácticas sexuales que mencionadas en los libros de estudio⁵⁴ estaban desactualizadas. Como explica una de las entrevistadas, a modo de anécdota, en un libro de la facultad se mencionaba que una mujer que tuviera más de tres parejas sexuales en el transcurso de un año, era considerada como promiscua. Atribuyéndole el libro a este vocablo una clara connotación negativa, la entrevistada comentaba que esa situación no estaba mostrando la realidad sexual de las mujeres. En el transcurso de estas últimas décadas

⁵² Algo que en nuestro país no es habitual, como se desprende de las entrevistas, sino todo lo contrario. El paciente espera muchas veces a que aumente el contagio y los síntomas del HPV, para luego poder ir a consultar con un médico.

⁵³ Med. Gine. 2.

⁵⁴ Ir a la entrevista de la doctora cirujana especializada en coloproctología

se ha ido aceptando cada vez más la idea de que la mujer puede decidir sobre su cuerpo y su sexualidad; lo que deriva en que la ella pueda tener más de una pareja sexual, a la par del hombre.

Otro ejemplo de bibliografía obsoleta deviene del caso que mencionó la Med. Gine. 2, quien en su entrevista expresaba que muchos colegas en el hospital en que trabajaba, pedían un Papanicolaou a sus pacientes cada tres años, como indicaban las guías médicas. Esta ginecóloga entrevistada sostiene que un chequeo cada tres años resulta insuficiente, ya que entiende que la mujer podía interactuar con diferentes parejas sexuales en dicho período y por lo tanto, un Papanicolaou por año es más recomendable.

Por otro lado, como vimos en el apartado: “Los lineamientos del Ministerio de Salud Pública (MSP) sobre el HPV”⁵⁵, en el mundo se comenzó a vacunar a las niñas contra el HPV en el año 2006⁵⁶, en nuestro país, en 2013, los entes de salud privados vacunaban con un costo a las niñas y adolescentes, luego en el 2015 el MSP incentivo la vacunación de niñas y adolescentes en general, haciéndose cargo el ministerio de los costos. Recién en 2019 se incentiva la vacunación de los niños y adolescentes varones. Cuando se les preguntó a los entrevistados, por qué pensaban que se había demorado tanto tiempo en vacunar a las niñas y luego a los varones, las respuestas eran distintas, y algunos prefirieron no dar una respuesta a la situación. Pero lo que sí quedaba en claro es que, en el mundo, sobre todo en Europa y EEUU, ya se vacunaba a ambos sexos antes que se hiciera en Uruguay. Tuvo resistencia en nuestro país la vacuna, y la continúa teniendo, por parte de algunas personas, que son escépticas de vacunar a sus hijos⁵⁷ contra el HPV. Una de las entrevistadas⁵⁸ decía sobre el tema, y la parafraseo, que se había perdido tiempo valioso entre la vacunación de las niñas y la de los varones, por el hecho que esos varones que no fueron vacunados junto con las niñas, pudieron estar protegidos contra el HPV, y podrían haber desarrollado su vida sexual sin miedo a contagiarse o contagiar este virus.

Es relevante compartir con el lector, que, en Uruguay, la única forma de detección de condilomas no visibles a simple vista en el cuerpo humano, en el caso de la mujer, es con el estudio del Papanicolaou, y la colonoscopia o fibrocolonoscopia. Estos dos últimos, son los que se aplican también para el hombre. Pero en el caso del hombre,

⁵⁵ Ir a pág. 28

⁵⁶ La entrevistada, Med. Cir. en proctología, en la entrevista comenta que los niños varones también se vacunaban en el mundo casi al mismo tiempo que lo hicieron las niñas.

⁵⁷ En la entrevista, comenta la Med. Cir. Proc., comenta que una madre le dijo en su consulta que, y cito: “... ella no iba a vacunar a su hijo, porque el mismo no iba tener sexo anal nunca.”

⁵⁸ Medi. Gastro. Especializada en HPV 1.

en Uruguay, no se cuenta con algún estudio que permita determinar si el hombre está infectado, antes de que salgan verrugas en el tronco del pene⁵⁹.

La gran mayoría de los entrevistados estuvieron de acuerdo en que la vacuna ayudó a generar publicidad para que la mayoría de las personas conocieran el HPV, entonces, hizo que muchas personas acudieran a sus médicos de confianza, para consultar e informarse sobre el HPV. Esto conllevó a que algunos pacientes, cuando iban a consultar y se les comentaba que podían tener el HPV, tuvieran un leve conocimiento de qué era y de qué se trataba. No era comenzar desde cero para el médico.

Asimismo, de las entrevistas surgió la información de que la principal causa de muerte por cáncer en Uruguay, antes de que se iniciara la vacunación, era por cáncer de cuello de útero. Lo que podría explicar la fuerte campaña que luego realizó el MSP para que las niñas y adolescentes se vacunaran. Pero en la actualidad⁶⁰ la mayor tasa de muertes por cáncer en el Uruguay es por cáncer de colon. Por eso se debería aumentar la información sobre el HPV que puede provocar cáncer en el recto-ano, y colon en sí. Ya que una de los aspectos que no se hace público, es que los adultos se pueden vacunar contra el HPV, pagando lo que cobran ciertas instituciones privadas que brindan este servicio, siendo en este caso tres dosis, en vez de dos como en los niños- adolescentes de 12 a 13 años, que son contemplados por el MSP.

Por otro lado, hemos manejado también la hipótesis de que la vacuna contra el HPV se utilizó haciendo hincapié en la protección de la mujer, sobre todo para prevenir el cáncer de cuello uterino, dejando de lado así otras zonas del cuerpo de la propia mujer y al hombre, por completo, en la prevención del HPV. De las entrevistas se desprende el hecho de que una de las posibles causas de que el MSP tomara la decisión de vacunar primero a la población femenina, era la alta tasa de muertes anuales por cáncer de útero. Sin embargo, como se ve en el anexo 3; el cáncer de colon- recto es la segunda causa de muerte por cáncer en nuestro país (luego del cáncer de mama en las mujeres y de cáncer de tráquea y pulmón en el hombre), siendo muchas veces provocado por el virus del HPV, como es de conocimiento médico científico. De las entrevistas realizadas se desprende también la conclusión de que el conocimiento que se tiene es del HPV que afecta ginecológicamente a la mujer, teniéndose un deber importante para el caso del hombre.

Es de celebrar que, según las tablas en el anexo 3, el cáncer de cuello de útero descendió al quinto lugar, cuando antes estaba en el primero. Si bien es entendible que el MSP colocara el foco de acción en prevenir el primer riesgo de cáncer en la mujer, es de entender que el problema no se atacó en su totalidad. La vacunación del

⁵⁹ Es importante aclarar que, en EEUU, como lo expresó la Med. Gastro. Espe. HPV 1, sí se realiza un estudio en el pene del hombre para descubrir si tiene HPV. En nuestro país no se cuenta con dicha tecnología y, por lo tanto, no se realiza dicho estudio.

⁶⁰ Ir a Anexos 3.

varón, no solo ayuda a la prevención del cáncer en el individuo en sí, sino que colabora en que no se infecte más personas con el virus, ya que este es transmisible en gran medida por el varón infectado, algo que la medicina hace mucho tiempo conoce.

Si bien no nos es posible llegar a conclusiones absolutas, sí podemos considerar la idea de que, según lo recabado en las entrevistas realizadas, la sexualidad y el cuidado de esta ha estado más presente para el caso de la mujer. Al hombre se le dejó de lado en comparación con la mujer en este tema. De más está decir que se debería cuidar, informar y proteger a ambos sexos por igual, sin importar las prácticas sexuales en sí, ya que el objetivo final de la propia medicina sería siempre el de proteger la vida humana como un todo.

Conclusiones en torno a la cuarta y última hipótesis.

A la hora de constatar la hipostasis que se postuló sobre la incidencia de tanto la religión como la moral de los médicos en su discurso y trato hacia los pacientes con HPV, no es posible concluir en afirmación ni en negación rotunda. Pero sí se puede afirmar que tal incidencia sería más notoria en el caso en que un paciente hombre que tenga parejas sexuales múltiples, y que las mismas sean también hombres, siendo una afirmación desde los médicos que haya una relación fuerte y directa entre HPV y VIH-Sida, lo cual no hay información empírica que lo avale o lo descarte.

Consideraciones finales.

De esta investigación se desprenden posibles futuras investigaciones para profundizar sobre sexualidad y el rol del médico en sí. En este último caso quizás, desde la propia Facultad de Medicina, la cual, a modo de humilde opinión o consejo, debería actualizarse para poder modelar a los médicos del futuro. Existen preconceptos negativos hacia los portadores de HPV, cuando éstos son hombres que tienen sexo con hombres. Se considera que éstos mantienen relaciones comúnmente con más de una pareja sexual en un lapso de tiempo corto y siempre se considera también como portadores de VIH-Sida.

Aquí es claro el micro poder que el médico ejerce sobre el paciente, al cual se le genera un estigma que se reproduce en el resto de la sociedad. Se observó la misma estigmatización que se ejercía hacia los pacientes con VIH-Sida que no cumplían la hetero-norma, para con los pacientes con HPV, siendo que ambos virus afectan a toda la población. Siendo el HPV naturalizado por los médicos en general, no considerando que lleve al paciente a una situación de peligro de vida. Como se vio en esta investigación, algunas cepas de HPV pueden producir cáncer al huésped, y sí se encuentra en la faringe en situaciones límites asfixiar a la persona.

La medicina construye los cuerpos de sus pacientes a base de ciencia y de imaginarios que se reproducen de una generación a otra en los centros de formación médica. Aquí entran los preconceptos que en su momento se tuvieron sobre quienes eran portadores del VIH, las características que tenían, y cómo se homogenizó a esta población. Se les acreditó características, lo que provocó una doble discriminación. Primero por tener relaciones sexuales que estuvieran por fuera de la heterónoma, y luego por ser portadores de un virus que los lleva a la muerte, en la gran mayoría de los casos. Eran las parias en todos los sentidos en esas sociedades de los 80´y los 90´.

El HPV en la actualidad se le coloca en gran medida desde la perspectiva del médico, como un virus que aparecerá con frecuencia en pacientes que tienen ciertas características como los tenían en el pasado tenían VIH. Nuevamente el cuerpo del paciente, y sus comportamientos sexuales se colocan en el imaginario del médico indicando cómo debe ser alguien que lleva a cabo prácticas sexuales que están por fuera de la heterónoma.

La gravedad de estas situaciones es que se homogeniza al paciente dependiendo de sus prácticas sexuales, y se da por sentado que el mismo hace tal o cual cosa por el simple hecho de llevar esas prácticas sexuales. Pero también se excluye al resto de los pacientes, aquellos que aparentan realizar lo heteronormativo, en definitiva, la reproducción de la especie.

Por eso se hace hincapié en el útero de la mujer, de cuidarlo y realizarle una vez al año estudios para prevenir cáncer, que en su gran mayoría es provocado por el HPV. Porque la vagina y el útero son los órganos que entran en juego en la reproducción de la especie, y las demás partes del cuerpo, son ignoradas, o no tenidas en cuenta. A la hora de relacionarse sexualmente los individuos, realizan prácticas en las que entran en juego otras partes del cuerpo, lo que se analiza en menor medida. Ésta falta de análisis es la que nos aleja de la respuesta del porqué el cáncer de colon, es el segundo tipo de cáncer que causa mayor cantidad de muertes en nuestro país para ambos sexos.

El ano no entra en juego a la hora de la reproducción de la humanidad, pero sí entra en juego en mayor medida a la hora de relacionarse sexualmente con otro. Existe un imaginario que el ano solo entra en juego para prácticas sexuales no heterosexuales, cuando la realidad es que las personas en la actualidad por experimentación, como forma de prevenir un embarazo no deseado en el caso de las mujeres cis, o por el simple placer sexual o experimentación del cuerpo en sí. La cavidad anal se utiliza, entra en juego. Pero también participa de la construcción social que se le hizo al ano, desde la antigua Grecia como comenta M. Foucault, donde en la sociedad griega no estaba mal vista la homosexualidad, sino quien penetra a quien. La feminidad y la masculinización pasan por esa relación de quien da y quien recibe. Estos conceptos están dentro de nuestra sociedad, de los médicos que atienden en sus consultorios. Que sería una causa, no la única, del porque los hombres tienen vergüenza de consultar en los casos en que el HPV está ubicado en su cavidad anal. En estos casos, los pacientes se exponen a que se los coloque en roles y situaciones dónde no se sienten cómodos, como fue expresado por los médicos en las entrevistas.

Lo que cause vergüenzas, miedos, y eso lo único que provoca es que las consultas por lo general sean tardías, y que el paciente sufra más físicamente. Para no sufrir emocionalmente,

por el hecho de que su sexualidad puede ser cuestionada. Esto es lo que se refleja en las entrevistas realizadas a las y el paciente, que la sexualidad de quien consultaba podía ser juzgada, valorada dependiendo del grupo de creencias y valores que tuviera el médico tratante. Lo que provoca que las y los pacientes cuando vayan a un consultorio, se restrinjan de comentar experiencias sexuales y prácticas llevadas a cabo en sus intimidades, por miedo a que puede pensar el médico sobre mí. Esto hace que el profesional en la medicina no obtenga toda la información necesaria y valiosa, para poder crear un perfil verosímil del paciente que está tratando en su consultorio.

El investigador llega a la conclusión que el sentimiento de vergüenza, en algunas ocasiones existe tanto desde el médico, como del paciente. Entonces cuando existe este sentimiento que limita y niega una buena relación entre el/la médico/a y el/la paciente, el/la no realiza un buen trabajo para poder prevenir alguna enfermedad, o el caso que nos compete en esta investigación encontrar síntomas del HPV en alguna parte de cuerpo de la/el paciente. Recordando lo que planteaba la entrevistada que era doctora en ginecología, teniendo el número II, que comentaba a modo de anécdota, como lo vimos con anterioridad, que muchas chicas se iniciaban en su comienzo de vida sexual a través del ano y no de la vagina, por motivos religiosos, o como forma de prevenir un embarazo no deseado. Pero que al no tener esta información el médico tratante, desconoce claramente que esa paciente pueda estar en riesgo de tener HPV en su zona anal. Y como su zona vaginal no ha tenido relaciones sexuales todavía, los profesionales de ginecología no le mandan PAP.

Esto nos vuelve a reafirmar que hay una construcción ideal de los distintos cuerpos de las personas en la medicina, al cuerpo de un hombre que tiene VIH positivo y tiene prácticas sexuales con otros hombres, se le manda estudios para descartar o afirmar que tengan HPV, y viceversa. Dejando por fuera al resto de las demás personas. Esto se estima que sucede por la continuidad del tabú de algunas partes del cuerpo como es el ano, tanto en mujeres como en hombres. Pero sobre todo en hombres, porque la asociación de tener alguna interacción con el ano que esta por fuera las partes del cuerpo que son sexualizadas en general, colocándose sí como algo que interactúa en relaciones sexuales que no son consideradas heterosexuales. Por este motivo los pacientes que sexualizan su ano, ya sea en una relación de índole heterosexual o homosexual, muchas veces por el miedo a ser juzgados y mal vistos, callan por vergüenza. Por que como lo vimos en la anécdota que comentó en su entrevista, la médica especializada en cirugía proctológica, tuvo un paciente hombre que le hizo entender que no había tenido relaciones anales con alguien que tuviera pene, y que necesitaba información de cómo se había contagiado para comentárselo a su esposa. Éste caso evidencia todo lo negativo que ocurre en la relación médico-paciente, que lleva a el paciente a no abrirse, no logrando construir un vínculo de confianza que le permita descartar 100% algún síntoma de HPV.

Aún falta mucho para sacar a la sexualidad de un lugar de vergüenza y de un tema que no se habla,

lo hace que la detección del HPV no se haga de forma temprana. Esto puede llevar a que el/la paciente desarrolle un tipo de cáncer que le resulte letal.

El hecho que las pacientes recalquen que sufrieron alguna situación de violencia por parte de algún médico, cuando le realizaron alguna consulta o se hicieron algún estudio. Reafirma la violencia obstetra que denuncia R. Castro (2014) en su investigación, que se utilizó en este trabajo como antecedentes. Todas estas situaciones, la violencia y la vergüenza por el hecho de ser un tema que está relacionado con la genitalidad y la sexualidad de las personas, aleja (no puedo afirmar si en mayor o menor medida, pero si causa una sensación negativa en quien lo sufre) de una atención de calidad con la medicina, para que la persona pueda tener una vida sana en todas las esferas que componen su vida, incluyendo claramente la vida sexual de cada individuo.

Los médicos, no deberían tener prejuicios y necesitan tener conocimientos plenos sobre la sexualidad, y todo lo que ella implica para la salud de los pacientes.

Se espera que este trabajo de investigación sea un hincapié para seguir profundizando en el estudio de la sociología de la medicina y la salud, sobre la sexualidad vista desde la medicina en sí, y las instituciones que componen la medicina, incluyendo el propio MSP.

Bibliografía

- AGUILAR, M. J. (1999) Entrevista en profundidad. Editorial LUMEN-HVMANITA. Buenos Aires, Argentina.
- ARANDA, P.; CASTRO. M. del C. (2008) Para una epidemiología sociocultural en el estudio del cáncer cervicouterino: experiencias de investigación. Scielo.org.mx en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252008000400005
- ARIÉS, Ph; A. BÉNJIN; M. FOUCAULT et al. (1982/1987). Sexualidades occidentales. Editorial Paidós Studio.
- ARROYO. M.; SÁBADA. I. (2012) (coord.) Metodología de la investigación social, técnicas innovadoras y sus aplicaciones. Editorial. Editorial Síntesis S.A. Madrid-España.
- AYALA- VALENZUELA, R. (2008). Biopoder: el poder y la violencia en la formación de profesionales de enfermería. En: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132008000300004
- BARRAN, J.P. (1992). Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos”, tomo 1, el poder de curar. Editorial Ediciones de la Banda Oriental
- BARRAN, J.P. (1994). Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos, tomo 2, la ortopedia de los pobres. Editorial Ediciones de la Banda Oriental.
- BARRAN, J.P. (1995). Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos, tomo 3, la invención del cuerpo. Editorial Ediciones de la Banda Oriental.
- BERMÚDEZ ROMÁN, V.; BRAN PIEDRAHITA, L.; PALACIOS MOYA, L.; POSADA ZAPATA. I. (2014) Relación médico-paciente: impacto en las campañas de promoción y prevención para personas con VIH en Medellín. Página web. Scielo. En: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2016.v18n4/543-553/es/>

- BOGLIACINO, V. (2015). Mujeres y HPV: significados, reacciones emocionales y prácticas de (auto) cuidado en salud. Tesis de posgrado Facultad de Psicología, UdelaR.
- BOTTINI, D. (1994) “Madre Tierra” tomo 3 diciembre. p.p. 30-49
- BOURDIEU, P. (1982/2002) Lección sobre la lección. Editorial Anagrama, S.A. Barcelona-España.
- BRUNO GUEDES, N. (2017). Inmigrantes digitales’ envejecidos y su uso de las redes sociales. Personas envejecidas y la utilización de Facebook. Tesis de grado Facultad .de Ciencias Sociales.
- BUTLER; J. (1990/2007) El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. Editorial Paidós, Ciudad autónoma de Buenos Aires.
- BUTLER; J. (1993/2018). Cuerpos que importan. Editorial Paidós, Ciudad autónoma de Buenos Aires.
- BUTLER, J. (2017). Cuerpos aliados y lucha política: hacia una teoría de la asamblea. Barcelona: Paidós.
- CABRERA CANTELAR, N; CANTELAR DE FRANCISCO. N; TÁPANES FERNÁNDEZ, T. (2008) “Enfoque Bioético del VIH-Sida” en Revista Habenera de Ciencias Médicas. En:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000100012
- CÁCERES, C. F.; PECHENY, M.; JUNIOR, V, T. (2002) SIDA y seo entre hombres en América Latina: vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción. Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo. Universidad Peruana Cayetano Heredia/ ONUSIDA.
- CASTRO, R. (2014). Génesis y práctica del “habitus” médico autoritario en México en Revista Mexicana de Sociología, vol. 76, núm. 2, abril-junio, 2014, pp. 167-197 Universidad Nacional Autónoma de México Distrito Federal, México.
- CASTRO, R. (2011) Teoría Social y Salud”. Editorial. Lugar Editorial S.A.

- COTELO STÉNERI, G. (2005) “La relación médico- paciente: tensiones entre paradigmas y conflictos en la relación actual.” Tesis de grado Licenciatura en Sociología. Facultad de Ciencias Sociales-UdelaR. Montevideo, Uruguay.
- D´Albora C. (2019). “Detección, caracterización y epidemiología molecular del virus del papiloma humano en hombres que tienen sexo con hombres en Uruguay.” tesis final de maestría, Facultad de Medicina. En:
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/24999/1/uy24-19706.pdf>
- Deleuze, G.; Guattari, F. (1972) L’Anti-Oedipe. Paris: Les Éditions du Minuit.
- Deleuze, G.; Guattari, F. (1980) Mille Plateaux. Paris: Les Éditions du Minuit.
- DE MELLO, S. Delgado, F. et. Al. (2015). Cáncer de Cuello Uterino. trabajo de posgrado Facultad de Medicina, UdelaR.
- FERRATER MORA; J. (1986) “Diccionario de filosofía (Tomo 2)”. Alianza Ed. S.A., Madrid, España.
- FOUCAULT, M. (1976/2002) Historia de la sexualidad, tomo 1, la voluntad del saber. Editorial Siglo Veintiuno Editores S.A.
- FOUCAULT, M. (1984/2003). Historia de la sexualidad, tomo 2, el uso de los placeres. Editorial Siglo Veintiuno Editores S.A.
- FOUCAULT; M. (1984/2003). Historia de la sexualidad, tomo 3, la inquietud de sí. Editorial Siglo Veintiuno Editores S.A.
- FOUCAULT; M. (2018/2019). Historia de la sexualidad, tomo 4, las conferencias de la carne. Editorial Siglo Veintiuno Editores S.A.
- FOUCAULT, M. (1999/2000). Los anormales. Editorial Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A.
- FOUCAULT, M. (1978/2007). Nacimiento de la Biopolítica: curso en el Collège de France. Editorial Fondo de Cultura Económica de México S.A.

- FOUCAULT, M. (1963/2008) El nacimiento de la clínica; una arqueología de la mirada médica. Editorial Siglo veintiuno.
- FUEBTES, J. A. coordinador. Investigadores: C. A. Núñez; S. Aguilar y V. H. Fernández. (2001) Exclusión social y VIH-SIDA en Guatemala. En: Cuadernos de desarrollo humano. En: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/dd4873.pdf>
- GIDDENS, A. (1990/1993). Consecuencias de la modernidad. Editorial. Alianza Universidad.
- GLASER, B. & STRAUSS, A. (1967). The discovery of grounded theory. Chicago: Aldine Press.
- GOFMANN, E. (1963/1970). Estigma: la identidad deteriorada. Editorial. Amorrortu/editores
S.A Buenos Aires, Argentina.
- Grupo Akal. 2017, Julio, 3. “El poder. Michel Foucault. La naturaleza del gobierno” en: <http://www.nocierreslosojos.com/foucault-michel-poder-soberania/#:~:text=Foucault%20pensaba%20que%20la%20naturaleza,de%20poder%20en%20la%20sociedad.>
- HERRERA, C. CAMPERO, L. CABALLERO, M. KENDALL, T. (2008). Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidad de vida. Revista, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. En: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2008.v42n2/249-255/>
- JONES, D. MANZELLI, H. PECHENY. (2007) La teoría fundamentada: su aplicación en una investigación sobre vida cotidiana con VIH/ sida y con hepatitis. C. M. Kornblint, A. (2004) (coordinadora) Metodologías cualitativas en ciencias sociales, modelos y procedimientos de análisis. Editorial Biblos.
- LEGNANI; B. (2014) Diccionario de Derecho constitucional y administrativo (Tomo I). La Ley Uruguay, Montevideo, Uruguay.
- MOSCOVICI, S. (1961), La psychanalyse, son image et son public, Paris, Press Universitaires de France. Citado por C. M. Kornblint, A. (Ed) (2004)

(coordinadora) Metodologías cualitativas en ciencias sociales, modelos y procedimientos de análisis. Editorial Biblos (pág 91-111).

- MUÑOZ, C. B. (1996). Uruguay homosexual. Cultura, minorías y discriminación desde una sociología de la homosexualidad. Editorial: Ediciones Trilce, Montevideo, Uruguay.
- NAVARRO RUBIO, M. D. (1994). Cuadernos Metodológicos, Encuesta de salud. Centro de Investigaciones sociológicas, Montalbán, Madrid-España.
- Nunes, E. D. (Ed.) (1986) Ciencias Sociales y la salud. En la América Latina. Tendencias y perspectivas. OPS-CIESU. Montevideo, Uruguay.
- OCAMPO Martínez, J. (2005). Bioética y VIH/SIDA: La responsabilidad del paciente, la sociedad y el estado. Publicado en revista Medigraphic, en su sitio web. En: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2005/bc053h.pdf>
- OXMAN, C. (1998). La entrevista de investigación en ciencias sociales. Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- PECHENY, M. (2000) La investigación sobre SIDA y HSH en América Latina y el Caribe: políticas públicas y derechos humanos. Miami: XXII congreso de LASA.
- RINESI, E. (2018). Apuntes de las clases sobre la obra de W. Shakespeare. En el contexto Maestría en sociología edición 2018-2019, en la materia Teoría Sociológica I. Las clases se dictaron desde los días 24 a 27 de abril del 2018 año.
- RODRIGUEZ, J. A. (1987). Salud y sociedad. Análisis sociológico de la estructura y la dinámica del sector sanitario español. Editorial Tecno, S.A. Madrid, España.
- SEMPOL, D. (2013). De los baños a las calles; Historia del movimiento lésbico, gay, trans uruguayo (1984-2013). Editorial: Random House Mondadori, Editorial Sudamericana Uruguay S.A.

- SEMPOL, D.; MONTANO, M. (2017). “Baños públicos. La última segregación. Baños públicos, moral, género y sexualidad en Uruguay. Publicado por la Intendencia Municipal de Montevideo.
- SCHENCK, M. (2018). La inclusión de la perspectiva de diversidad sexual en las políticas sanitarias del primer nivel de atención: análisis de la experiencia de policlínicas "libres de LGTBI-fobia" en la Intendencia de Montevideo. En: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/20433>
- TAYLOR, S; BOGDAN, R. (1984/1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Editorial Ediciones Paidós Ibérica S.A. Barcelona, España.
- TEJEDA, J. L. (2012). Biopoder en los cuerpos. Publicado en EF&C. Universidad de la Plata, Argentina. En: <https://www.redalyc.org/pdf/4399/439942656002.pdf>
- TROCHA BRUNO, I. (2015). Incidencia del vínculo médico/a-usuaria en la adherencia al tratamiento para la prevención secundaria del cáncer de cuello uterino. Un estudio desde la perspectiva de las mujeres afectadas. Tesis de posgrado Facultad de Psicología, Udelar.
- VALLES, M. S. (2002/2009). Cuadernos Metodológicos, Entrevistas Cualitativas. Colección Cuadernos Metodológicos N°32. Editado por Centro de Investigación Sociológicas.
- VALSANGIÁCOMO, S. (2013). Genotipos de HPV circulando en la comunidad. Tesis de grado, Facultad de Ciencias.
- VARAS DÍAZ, N. SERRANO GARCÍA, I. TORO ALFONSO, J. (2014). Estigma y diferencia social: VIH/SIDA en Puerto Rico. Researchgate. En: https://www.researchgate.net/profile/Jose_Toro-Alfonso2/publication/257139351_Estigma_y_Diferencia_Social_VIHSIDA_en_Puerto_Rico/links/0deec524777dac8c5a000000/Estigma-y-Diferencia-Social-VIH-SIDA-en-Puerto-Rico.pdf
- VILLAAMIL F. JOCILES, M. I. (2011). La construcción de la persona con VIH: la gestión de la seropositividad y la relación médico-paciente en las consultas hospitalarias de VIH en Madrid (España). Revista, Intersecciones

en Antropología, vol. 14, núm. 1, 2013, pp. 107-122 Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. En: <https://www.redalyc.org/pdf/1795/179531063006.pdf>

- WEBER, M. (1919/1979) “El político y el científico”. Alianza Ed. S.A., Madrid, España.
- ZOLA, I. K. (1999) “La medicina como institución de control” en: http://casmadrid.org/docStatic/medicinacomocontrol_Kenneth.pdf visto: 29-12-2021