



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ**

**Facultad de Derecho  
Facultad de Psicología  
Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades**

**“Estigma y discriminación y su vinculación con el derecho humano a la salud de las personas que viven con VIH: análisis de los conocimientos, formación académica, concepciones y actitudes de los estudiantes de las licenciaturas en psicología y enfermería de la UASLP”.**

**T E S I S**

**para obtener el grado de**

**MAESTRA EN DERECHOS HUMANOS**

**presenta**

**Miriam Nayeli López González**

**Director de tesis  
Dr. Ismael García Cedillo**



**San Luis Potosí, S.L.P., a agosto de 2019**





## AGRADECIMIENTOS

A mis papás Lucy y Humberto. Gracias por su infinito amor y por estar a mi lado, que sin pedir su ayuda han estado ahí para no solo darme una mano, sino su vida entera. Por su apoyo moral y por impulsarme siempre a alcanzar mis anhelos. Sin ustedes no podría ser lo que soy ahora, son mi inspiración y mi motivación.

A mi prometido Poncho. Por su gran amor, comprensión y apoyo absoluto. Por ser el mejor compañero de vida, dedicarme su invaluable tiempo, ser paciente y estar a mi lado durante éste proceso.

A mis amigos Eli, Brenda y Claudio, por ser los mejores compañeros de viaje que ésta maestría me brindó. Gracias por tanto, atesoraré por siempre nuestras aventuras.

A mi inmejorable comité de tesis: A Ismael por su dedicación e interés en mi proyecto, a José Alfredo por su infinita paciencia y disposición, y a Mariana, por compartirme sus vivencias, su pasión y abrirme las puertas de APOYARE. Mi gratitud y admiración hacia ustedes por siempre.

A mi pandilla, mi segunda familia. Gracias por abrirme las puertas de sus vidas en San Luis, sin ustedes este camino no habría sido igual de maravilloso. Me los llevo conmigo a donde quiera que vaya.

A la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, por brindarme la oportunidad de ser parte de ésta extraordinaria casa de estudios.

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
<b>ABREVIATURAS.....</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO PRIMERO: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>10</b>
<b>LA PROTECCIÓN A LA SALUD COMO DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL .....</b>	<b>10</b>
1. La salud desde un enfoque de derechos humanos .....	10
1.1. El derecho internacional y la garantía a la protección a la salud .....	15
1.2. El VIH desde una perspectiva de Derechos Humanos.....	17
1.3. Directrices internacionales sobre VIH y derechos humanos .....	18
1.4. El derecho a la salud en Latinoamérica y los tres sistemas de protección a la salud .....	22
1.5. Marco jurídico Nacional. El derecho a la protección a la salud en México .....	27
2. La práctica médica y el Derecho a la Salud.....	29
2.1. Controversias sobre el sistema de salud: impunidad y mala práctica médica.....	30
2.2. Los derechos de los pacientes VIH positivos: la práctica médica y los centros de salud .....	31
2.2.1. El derecho a la vida sexual y reproductiva.....	34
2.2.2. El derecho al trato digno .....	34
2.2.3. El derecho al respeto de la confidencialidad.....	35
2.2.4. El derecho al tratamiento .....	35
3. Grupos en situación de vulnerabilidad y el derecho a la salud .....	35
3.1. Personas que viven con VIH: una población con derechos vulnerados .....	37
3.2. Grupos de poblaciones clave .....	39
<b>ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD HACIA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH.....</b>	<b>41</b>
1. Estigma y discriminación: Una violación a los derechos humanos .....	43
1.1. Estigma y discriminación asociados al VIH .....	46
1.1.1. ¿Qué refuerza el estigma hacia las personas que viven con VIH? .....	48
1.2. Prejuicio y estereotipo; un imaginario en la mente de la sociedad .....	50
2. Estigma y discriminación en el ámbito de la salud: un enfoque de derechos humanos.....	51
2.1. Estigma y discriminación hacia los pacientes que viven con VIH .....	52
3. El VIH y la discriminación alrededor del mundo .....	53
4. América Latina y la discriminación .....	55
<b>LA FORMACIÓN PROFESIONAL DEL TRABAJADOR DE LA SALUD: UNA MIRADA REFLEXIVA DESDE LA EDUCACIÓN .....</b>	<b>59</b>
1. El modelo biomédico y el modelo psicosocial .....	60
1.1. Características del modelo biomédico .....	60
1.2. Características del modelo psicosocial .....	62
1.3. Críticas al modelo biomédico .....	63
1.4. El papel del psicólogo en la atención de los pacientes que viven con VIH .....	65
1.5. El papel del enfermero/a en la atención de las personas que viven con VIH .....	67

2.	La comunicación y el trato digno a la persona que vive con VIH.....	69
3.	Deshumanización de la educación médica .....	72
<b>CAPÍTULO SEGUNDO: METODOLOGÍA DE PROYECTO .....</b>		<b>74</b>
1.	Resumen.....	74
2.	Hipótesis.....	75
3.	Metodología de la investigación.....	75
3.1	Diseño y tipo de estudio .....	75
3.2	Población de estudio.....	75
3.3	Universo de trabajo.....	76
3.4	Tiempo de ejecución.....	76
3.5	Esquema de selección.....	76
3.5.1	Criterios de inclusión .....	76
3.5.2	Criterios de exclusión.....	76
3.5.3	Criterios de eliminación .....	76
4.	Tipo de muestreo .....	76
4.1	Muestreo no probabilístico .....	76
4.2	Metodología para el tamaño de la muestra y tamaño de la muestra .....	76
4.3	Definición de los principales conceptos de estudio .....	77
4.4	Técnicas y procedimientos a emplear para la parte cuantitativa.....	77
4.5	Técnicas y procedimientos a emplear para la parte cualitativa.....	79
4.6	Procesamiento y tipo de análisis.....	79
5.	Contextualización sociocultural .....	80
5.1.	San Luis Potosí .....	80
5.2.	Tamazunchale.....	81
6.	Aspectos éticos.....	82
<b>CAPÍTULO TERCERO: RESULTADOS.....</b>		<b>85</b>
<b>1.</b>	<b>Caracterización de la muestra .....</b>	<b>85</b>
1.1.	Participantes de las Licenciaturas en Psicología y Enfermería.....	85
1.2.	Semestres participantes de las Licenciaturas en Psicología y Enfermería.....	85
1.3.	Edades y género de los participantes de las Licenciaturas en Psicología y Enfermería .....	86
1.4.	Preferencia sexual de los estudiantes de Psicología .....	87
1.5.	Preferencia sexual de los estudiantes de Enfermería.....	88
<b>2.</b>	<b>Resultados cuantitativos.....</b>	<b>88</b>
<b>2.1.</b>	<b>Comparativa entre los puntajes obtenidos por los semestres de la licenciatura en discriminación asociados al VIH.....</b>	<b>88</b>
2.1.1	Rol Gubernamental y Medidas y programas de prevención .....	91

2.2. Comparativa entre los puntajes obtenidos por los semestres de la licenciatura en Psicología en las categorías del instrumento 2: Herramientas de monitoreo de indicadores globales; midiendo estigma y discriminación hacia el VIH entre personas que trabajan en facilidades de salud. ....	93
2.2.1. Miedo a contraer VIH y prejuicios relacionados al VIH.....	93
2.2.2. Estigma y discriminación observado y secundario, y Política y ambiente de trabajo .....	94
2.3. Comparativa entre los puntajes obtenidos por los semestres de la licenciatura en Enfermería en las categorías del instrumento 2: Herramientas de monitoreo de indicadores globales; midiendo estigma y discriminación hacia el VIH entre personas que trabajan en facilidades de salud. ....	95
2.3.1. Miedo a contraer VIH y Estrategias y prejuicios relacionados al VIH .....	95
2.3.2. Estigma y discriminación observado y secundario y Política y ambiente de trabajo .....	96
2.4. Comparativa entre los puntajes por género .....	97
2.4.1. Psicología .....	97
2.4.2. Enfermería.....	100
3. Resultados cualitativos .....	103
3.1. Resultados de las entrevistas a los estudiantes de la licenciatura en Enfermería de las categorías del instrumento 1: Estudio de estigma y discriminación asociados al VIH .....	103
3.1.1. Conocimiento teórico y experiencia práctica sobre el VIH y las PVV .....	105
3.1.2. Percepción de las actitudes en el contexto social y de salud hacia el VIH y hacia las PVV .....	108
3.1.3. Derechos de las PVV en el ámbito de la salud .....	110
3.1.4. Impacto de los sentimientos experimentados por el estudiante al atender a PVV en la relación enfermero – PVV.....	113
3.2. Resultados del análisis cualitativo de las entrevistas a los estudiantes de la Licenciatura en Psicología de las categorías del instrumento 1: Estudios de estigma y discriminación asociados al VIH. ....	117
3.2.2. Conocimiento teórico y experiencia práctica sobre el VIH y las PVV .....	119
3.2.3. Pensamientos personales y la percepción de las actitudes en el contexto social hacia las PVV .....	120
3.2.4. Derechos de las PVV en el ámbito de la salud .....	121
<b>CAPÍTULO CUARTO: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....</b>	<b>124</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>137</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>146</b>

## **INTRODUCCIÓN**

Se retomará el concepto de salud como derecho, cómo es que la salud forma parte de los derechos humanos y cómo la práctica médica de los profesionales de la salud puede respetar o no, este derecho. Posteriormente, se hará mención en específico al derecho a la salud de las personas que viven con VIH, incluyendo un marco jurídico nacional e internacional: leyes, normas, protocolos y recomendaciones que se han elaborado para salvaguardar su derecho.

Se hablará sobre el estigma y la discriminación a los que pueden estar expuestos las personas que viven con VIH cuando acuden al centro de salud. Se indagará el por qué existe una relación entre el estigma y la discriminación y el derecho a la salud de las personas que viven con VIH, estigma y discriminación especialmente presentados en los trabajadores de la salud hacia sus pacientes. Así mismo, se mostrará un panorama sobre el tema en América Latina y México.

Se puntualizará acerca de la formación profesional del trabajador de la salud. Se hablará de como el modelo de educación es decisivo para la formación de conocimientos y competencias en el estudiante, se recapitulará sobre cuál es el papel del psicólogo/a y el enfermero/a en la atención a las personas que viven con VIH. Por último, se discutirá la deshumanización en la educación y las estrategias pedagógicas para formar profesionales más sensibles y empáticos ante las necesidades de sus pacientes.



## **ABREVIATURAS**

ACNUDH: Oficina de Alto Comisionado de las Naciones Unidas de los Derechos Humanos

CNDH: Comisión Nacional de los Derechos Humanos

CONAPRED: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación

ENADIS: Encuesta Nacional Sobre Discriminación en México

HSH: Hombres que tienen sexo con otros hombres

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

ONUSIDA: Programa en Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PAE: Proceso de atención de enfermería

PASCA: Proyecto acción sida en Centroamérica

PC: Población/poblaciones clave

PIDESC: Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales

PVV: Personas viviendo con VIH

Sida: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

## **CAPÍTULO PRIMERO: MARCO TEÓRICO**

### **LA PROTECCIÓN A LA SALUD COMO DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL**

#### 1. La salud desde un enfoque de derechos humanos

En la actualidad, la salud y los derechos humanos juegan un papel fundamental en el discurso y en la práctica en México y en otros países de América Latina. Los derechos humanos eran una temática considerada del dominio de los abogados, mientras que la salud era la competencia de los médicos, sin embargo, actualmente se considera que estas áreas no se excluyen la una a la otra, sino todo lo contrario, colaboran entre ellas para crear una riqueza en beneficio de la sociedad.

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) define a los derechos humanos como:

“(…) conjunto de prerrogativas sustentadas en la dignidad humana, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral de la persona. Este conjunto de prerrogativas se encuentra establecido dentro del orden jurídico nacional, en nuestra Constitución Política, tratados internacionales y las leyes. De igual manera, la aplicación de los Derechos Humanos a la que se encuentran obligadas todas las autoridades se rige por los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.”<sup>1</sup>

Así mismo, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) establece que los Derechos Humanos son garantías esenciales para que podamos vivir como seres humanos. Sin ellos no podemos cultivar ni ejercer plenamente nuestras cualidades, nuestra inteligencia, talento y espiritualidad.<sup>2</sup>

Ahora bien, ¿por qué la salud es un derecho humano? Todas las personas deben disfrutar del más alto grado de salud posible, la salud es indispensable para el desarrollo

---

<sup>1</sup> CNDH, “¿Qué son los Derechos Humanos?”, 2010, [http://www.cndh.org.mx/Que\\_son\\_Derechos\\_Humanos](http://www.cndh.org.mx/Que_son_Derechos_Humanos), consultado el 1 de noviembre de 2018.

<sup>2</sup> ONU, “Derechos Humanos”, <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/human-rights/index.html>, consultado el 1 de noviembre de 2018.

íntegro de las personas y para que puedan desarrollar al máximo sus capacidades. Los Estados tienen la obligación de salvaguardar la salud de los individuos y de ofrecer los mejores servicios sanitarios para mantenerla y mejorarla.<sup>3</sup>

El derecho a la salud, como se hace mención en el derecho internacional, o el derecho a la protección a la salud,<sup>4</sup> como refiere la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, delimita obligaciones del Estado respecto a la atención a la salud que brinda a los individuos. El gobierno tiene la obligación de atender las necesidades de todas las personas independientemente de la etapa de la vida en la que se encuentren y de esta manera, asegurar un bienestar físico, psicológico y social para todos, esto quiere decir que los ciudadanos tienen derecho a la protección a la salud.<sup>5</sup>

Por otro lado, y un sentido amplio, el derecho a la salud significa que todos los individuos deben tener acceso a los servicios sanitarios sin ningún impedimento, nadie puede enfermar o morir por falta de recursos financieros, toda persona tiene el derecho de recibir atención médica de calidad para preservar su salud. El derecho a la salud abarca libertades y derechos, los cuales consisten en lo siguiente:

- Libertades: aquellos derechos de las personas para controlar su cuerpo y las decisiones que se toman sobre él sin impedimentos de ningún tipo, por ejemplo, tratamientos médicos no autorizados<sup>6</sup>
- Derechos: El acceso a un sistema de protección a la salud donde todas las personas puedan alcanzar el máximo grado de salud posible, donde todos tengan las mismas oportunidades de acceder a estos servicios.<sup>7</sup>

El derecho a la salud, es uno de los derechos sociales fundamentales y más importantes para los individuos. Es un derecho complejo donde al Estado y a los particulares, les

---

<sup>3</sup> *Loc. cit.*

<sup>4</sup> Para fines de la tesis, es pertinente señalar la diferencia entre derecho a la salud y derecho a la protección a la salud. El primero se toma en un sentido amplio y el segundo hace referencia a la obligación que tiene específicamente el Estado/Gobierno de proteger la salud de los individuos o de atenderla cuando ha sido vulnerada. Véase: Leary, Virginia A., “Justicibilidad y más allá: procedimientos de quejas y el derecho a la salud”, *Revista de la Comisión Internacional de Juristas*, núm. 55, diciembre de 1995, pp. 91

<sup>5</sup> CNDH, “El derecho a la salud en México: problemas en su fundamentación”, [http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/lib\\_DerSaludMexico.pdf](http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/lib_DerSaludMexico.pdf), consultado el 1 de noviembre de 2018.

<sup>6</sup> Rodolfo Figueroa, “El derecho a la salud”, *Estudios Constitucionales*, Santiago, 2013, núm. 2.

<sup>7</sup> *Loc. cit.*

corresponde tomar acciones jurídicas importantes, ya que conlleva una serie de obligaciones positivas por parte de los poderes públicos. Corresponde al Estado asegurar asistencia a la salud cuando esta ha sido afectada;<sup>8</sup> esto se llama “derecho a la atención o asistencia sanitaria”<sup>9</sup>

La salud tiene una condición colectiva ya que existen factores sociales que tienden a preservarla o a afectarla, como lo son la falta de prevención de enfermedades, la contaminación o las epidemias por lo que la salud necesita de un esfuerzo colectivo para preservarse y por lo tanto debe desarrollar un sistema de atención adecuado.<sup>10</sup>

Para que la prestación de un derecho a la salud se haga realidad, se debe tener por lo menos tres características: universalidad, equidad y calidad.<sup>11</sup> La universalidad, derivada conceptualmente del carácter de derecho fundamental a la protección a la salud, quiere decir que toda persona es sujeto de derechos por lo que cada individuo debe tener acceso a los servicios de salud. Por otro lado, la equidad busca que no haya discriminación en el acceso a la salud, es decir, que todos los individuos tengan acceso a ella independientemente de sus condiciones económicas, por lo que se busca que los servicios sanitarios públicos sean financiados principalmente por impuestos y no por el pago de cuotas de los usuarios. Por último, la calidad es importante, no es suficiente que exista y opere un sistema de salud si las condiciones de calidad no son buenas. Si el servicio de salud opera en condiciones pésimas, no solamente no se estará respetando la protección a la salud, sino que puede conducir a su empeoramiento.<sup>12</sup>

El derecho a la salud se encuentra íntimamente ligado con otros derechos, como lo son el derecho al agua potable, a la educación, al trabajo digno y seguro; derecho a la salud también significa el cuidado de nuestro cuerpo y el control sobre las decisiones que tomamos respecto a él, el acceso a la información sobre salud reproductiva y sexual y el derecho a la no

---

<sup>8</sup> Miguel Carbonell y José Carbonell, *El derecho a la salud: una propuesta para México*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2014.

<sup>9</sup> Víctor Abramovich y Christian Courtis, “El derecho a la atención sanitaria como derecho exigible”, *La Ley. Suplemento de Jurisprudencia de Derecho Administrativo*, Buenos Aires, 2001, núm. 119, p. 16.

<sup>10</sup> *Loc. cit.*

<sup>11</sup> José Ignacio Echániz, “Política sanitaria: la reforma de la sanidad”, *Anuario de paz y conflictos*, 1999, p. 400.

<sup>12</sup> Miguel Carbonell y José Carbonell, *El derecho a la salud: una propuesta para México*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2014.

violencia y discriminación.<sup>13</sup> Respecto a lo anterior, si el Estado no asegura el cumplimiento de estos derechos, estará violentando la protección al derecho a la salud.

La desatención de los derechos humanos puede tener graves consecuencias sobre la salud. Las prácticas tradicionales masivas, la tortura, la esclavitud y la violencia contra las mujeres y los niños, son violaciones de los Derechos Humanos que perjudican a la salud. Se puede reducir la vulnerabilidad a la mala salud mediante la protección de los Derechos Humanos, por ejemplo el derecho a la educación, el derecho a la no discriminación, o el derecho a la alimentación y nutrición. Y por último, se puede promover o violar los derechos humanos a través del desarrollo sanitario, por ejemplo por el derecho a la participación, a la no discriminación, el derecho a la información y el derecho a la intimidad. Todo esto conforma la esfera de salud y se encuentra íntimamente ligado con los Derechos Humanos.<sup>14</sup>

Toda política orientada a la promoción del derecho a la salud, puede promover o violentar los derechos, dependiendo de cómo sea su formulación y cómo se lleve a cabo, por ello es importante mantener una perspectiva de derechos humanos al momento de planificar toda política, de esta manera, se asegura que se respeta a la persona en su totalidad.

Un enfoque de salud basado en derechos humanos, comprende tres características esenciales:

- a) Utilizar los derechos humanos como marco para el desarrollo sanitario.
- b) Evaluar las consecuencias negativas que tiene cualquier política, programa o legislación sanitaria para los derechos humanos y adoptar medidas al respecto.
- c) Tener en cuenta los derechos humanos en la concepción, la aplicación, la supervisión y la evaluación de todos los tipos de políticas y programas (políticos, económicos y sociales, entre otros) que guarden relación con la salud.<sup>15</sup>

---

<sup>13</sup> Tedros Ghebreyesus, “La salud es un derecho humano fundamental”, 2017, <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/>, consultado el 10 de junio de 2019.

<sup>14</sup> OMS, “25 preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos”, [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42592/9243545698\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42592/9243545698_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y), consultado el 10 de junio de 2019.

<sup>15</sup> *Loc. cit.*

Lo anterior debe basarse en los principios del respeto de la dignidad humana, la consideración de los grupos que han sido vulnerados, la accesibilidad a los servicios sanitarios para todos, perspectiva de género y la garantía de la igualdad y no discriminación.<sup>16</sup> De la misma manera, para que exista un enfoque de la salud basado en Derechos Humanos, debe considerarse lo siguiente:<sup>17</sup> debe darse información sobre derechos, mantener un equilibrio entre los objetivos de la salud pública y la protección de los derechos humanos, que los gobiernos concreten sus obligaciones que deben ir ligadas a los derechos humanos y apearse a los principios de Siracusa.<sup>18</sup>

La Asamblea de las Organizaciones Unidas en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, enuncia que los derechos civiles, políticos, económicos, culturales y sociales, forman parte de los derechos fundamentales, los cuales se ven reflejados en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), que junto con el Pacto de los Derechos Políticos y Sociales, forman la Carta Internacional de Derechos Humanos. Actualmente, más de 160 países forman parte del PIDESC, haciéndolos partícipes incluso, de sus constituciones políticas.<sup>19</sup>

El derecho a la salud pertenece a los derechos sociales, económicos y culturales, los cuales tienen como base el respeto de las condiciones sociales y económicas de las personas y con ellos se pretende preservar la libertad y la dignidad. Asimismo, los derechos económicos, sociales y culturales han sido reconocidos internacionalmente como derechos humanos y como derechos fundamentales por otros países. Lo anterior no significa que sean respetados o que sean considerados como tal, el que un derecho se encuentre estipulado jurídicamente, no quiere decir que automáticamente se haga efectivo, por lo anterior, es trascendental que se realice una fundamentación y explicación teórica de los derechos humanos para fundamentar

---

<sup>16</sup> *Loc. cit.*

<sup>17</sup> *Loc. cit.*

<sup>18</sup> Los principios de Siracusa solo deberán ser utilizados como último recurso para alcanzar un objetivo de protección sanitaria. Se utilizarán cuando no se encuentre una forma menos invasiva para alcanzar el mismo objetivo y realizando las restricciones en conformidad de la ley, siempre y cuando sea necesario para alcanzar un objetivo legítimo que sea de interés general.

<sup>19</sup> Red-DESC, “Una introducción a los derechos económicos, sociales y culturales”, <https://www.escri-net.org/es/derechos>, consultado el 14 de noviembre de 2018.

su existencia en el derecho y se pueda lograr una argumentación jurídica para exigir su cumplimiento.<sup>20</sup>

El derecho a la salud no puede significar únicamente el derecho a ser sano, es mucho más que eso. Significa contar con los medios y recursos disponibles, accesibles, aceptables para garantizar la máxima salud posible. El acceso a la salud no es simplemente el acceso propiamente dicho, significa considerar que tan oportuna es la atención de ese acceso a la salud, que tan disponibles se encuentran los servicios de salud, que tan eficaces son, que tan bien responden a las necesidades de la población.<sup>21</sup>

### 1.1. El derecho internacional y la garantía a la protección a la salud

En el derecho internacional, se han aprobado iniciativas que protegen y atienden el derecho a la protección de la salud de las personas:

#### Declaración Universal de los Derechos Humanos:

El artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, establece que “toda persona tiene derecho a un nivel adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial, la alimentación, el vestido, la asistencia médica, y los servicios sociales necesarios...”<sup>22</sup>

Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer:

“Adoptarán todas las medidas necesarias para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a los servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”<sup>23</sup>

---

<sup>20</sup> CNDH, “El derecho a la salud en México: problemas en su fundamentación”, [http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/lib\\_DerSaludMexico.pdf](http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/lib_DerSaludMexico.pdf), consultado el 1 de noviembre de 2018.

<sup>21</sup> Gerardo Molina, *Derechos Económicos, sociales y culturales*, Bogotá, KIMPRES LTDA, 2009, p. 142.

<sup>22</sup> Declaración Universal de los Derechos Humanos, art. 25.

<sup>23</sup> Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, art. 12.

El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, especifica las medidas que se deben tomar en cuenta para el respeto del mismo, entre las cuáles se destacan las siguientes:

- a) Reducción de la mortalidad infantil y promover el sano desarrollo en los niños y niñas.
- b) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, profesionales, y de otra índole y su lucha contra ellas.
- c) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos, en caso de enfermedad.<sup>24</sup>

El Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Protocolo de San Salvador, señala el derecho a la salud entendido como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico mental y social y menciona las medidas para que se respete, las cuáles son las siguientes:

- a) La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la ausencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad
- b) La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado
- c) La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas
- d) La prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole
- e) La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud
- f) La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables<sup>25</sup>

Cada gobierno tiene la libertad de elegir si decide unirse a los tratados internacionales, sin embargo, estos tratados tienen obligaciones legalmente vinculantes, una vez que un país decide formar parte de ellos, tiene la obligación de cumplir con lo que ahí se encuentra

---

<sup>24</sup> Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales, art. 12.

<sup>25</sup> Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales “Protocolo de San Salvador”, art. 10.



estipulado. Actualmente, todos los países del mundo forman parte por lo menos de un tratado relacionado con el derecho a la salud.

Derecho a la salud no significa derecho a gozar de buena salud, ni tampoco que los gobiernos de países pobres tengan que establecer servicios de salud costosos para quienes no disponen de recursos. Significa que los gobiernos y las autoridades públicas han de establecer políticas y planes de acción destinados a que todas las personas tengan acceso a la atención de salud en el plazo más breve posible. Lograr que eso ocurra es el reto al que tienen que hacer frente la comunidad encargada de proteger los derechos humanos.

## 1.2. El VIH desde una perspectiva de Derechos Humanos

La protección y promoción de los Derechos Humanos son esenciales para prevenir la transmisión del VIH y para disminuir las consecuencias sociales en la población que vive con el virus. Cuando los derechos son respetados, se reducen los efectos del VIH en la sociedad y en el individuo. Una vez que es respetado el derecho a la educación, a la libre asociación, y a la no discriminación, hace que las personas se mantengan informadas y alertas sobre el virus y se disminuyan los aspectos negativos y se pueda responder satisfactoriamente a la pandemia.<sup>26</sup>

La CNDH aclara que el derecho a la salud y los derechos humanos, son inherentes a las personas independientemente de su condición. Asimismo, la respuesta para la disminución del virus, solo será efectiva si se colocan a los derechos humanos como centro de la sociedad. Es necesario que la población adopte una cultura de respeto y prevención, donde todos se puedan desarrollar y vivir con dignidad.

La comunidad internacional tiene el deber de responder a la epidemia, destacando la importancia del respeto a los derechos políticos, económicos, culturales y sociales y tomando en cuenta las normas, procedimientos, protocolos y recomendaciones internacionales. Cada Estado tiene la responsabilidad de seguir estas normas y monitorear los resultados que se obtienen, así como puntualizar los aspectos en los que existe mayor vulnerabilidad y corregirlos.

---

<sup>26</sup> ONUSIDA, “VIH/SIDA y los derechos humanos”, <https://www.ohchr.org/SP/Issues/HIV/Pages/HIVIndex.aspx>, consultado el 10 de junio de 2019.

### 1.3. Directrices internacionales sobre VIH y derechos humanos

En la década de los 90's, sucedieron muchas cosas respecto al VIH, tanto buenas como malas y el tema ha estado en constante evolución. En 1996 se anuncia por primera vez una prueba efectiva de tratamiento, lo que significó esperanza para muchos. Sin embargo, existía una desigualdad notable en materia de atención sanitaria, por lo que mucha gente moría aun cuando ya existía un tratamiento que incrementaría la esperanza de vida.<sup>27</sup>

El 1° de julio de 1989, la Oficina de Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), comienzan a debatir sobre los derechos humanos de las personas que viven con VIH. Es hasta 1996 cuando la ACNUDH junto con la ONU, convocan a la segunda consulta Internacional en Derechos Humanos en Ginebra, a la cual asistieron los expertos en la materia y se expusieron las inquietudes regionales y globales sobre el VIH y sobre cómo se podrían tomar las medidas necesarias para proteger a las personas VIH positivas y asegurar el respeto de sus derechos. Las Directrices Internacionales sobre el VIH y el sida y los derechos humanos, son generadas a partir de este encuentro y fueron publicadas en el año de 1998.

Las Directrices Internacionales sobre el VIH y los Derechos Humanos han servido de guía para los gobiernos, organizaciones no gubernamentales y sociedades civiles, para marcar una pauta sobre el camino a seguir en el trato y tratamiento de las personas que viven con VIH, así como las estrategias a utilizar para aminorar los efectos y evitar posibles transmisiones. La Comisión de Derechos Humanos ha pedido a los países que se ajusten a estas directrices, con la finalidad de proporcionar la protección adecuada a los derechos humanos.<sup>28</sup>

Las directrices internacionales trataban lo siguiente:

- a) Marco nacional efectivo para dar respuesta al VIH; funciones coordinadas y participativas del gobierno.

---

<sup>27</sup> ONUSIDA, “Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos”, [http://data.unaids.org/pub/report/2006/jc1252-internationalguidelines\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/report/2006/jc1252-internationalguidelines_es.pdf), consultado el 6 de junio de 2019.

<sup>28</sup> *Loc. cit.*

- b) Apoyo a la asociación de la comunidad; apoyo político y financiero para que el gobierno consulte a la comunidad y que ellas mismas puedan realizar sus actividades con eficacia, sobre todo en materia de ética, legislación y derechos humanos.
- c) Legislación sanitaria; atender cuestiones de salud pública planteadas por el VIH y su relación con los derechos humanos.
- d) Legislación penal y sistemas penitenciarios; reexaminar y reformar las leyes penales para que no violen derechos humanos y no se apliquen incorrectamente en casos de personas que vivan con VIH.
- e) Legislación contra la discriminación y la sobreprotección; promulgar y fortalecer leyes que castiguen la discriminación a personas que viven con VIH, tanto en el sector público como en el privado.
- f) Acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo; Estado que proporcione servicios e información de manera que se asegure la prevención. De la misma manera, los Estados deben proporcionar de forma igualitaria, el acceso al tratamiento incluidos los antirretrovirales, diagnósticos y tecnología para la atención de enfermedades oportunistas.
- g) Servicios de asistencia jurídica; proporcionar y apoyar servicios que enseñen sus derechos y facilitar asistencia para ejercerlos.
- h) Lograr que para las mujeres, los niños, las niñas y otros grupos vulnerables, se combatan los prejuicios y las desigualdades causantes de las vulnerabilidades, mediante el diálogo y servicios sociales que apoyen a la comunidad.
- i) El cambio de las actitudes discriminatorias a través de la educación, la capacitación y los medios de comunicación; fomentar la difusión de programas de educación en torno a actitudes de discriminación y estigma.

El Estado Mexicano adopta la declaración cumbre de París de 1994, donde se habla sobre la participación activa de la sociedad civil y las poblaciones clave, donde se reconoce que son necesarios y contribuyen al combate del VIH.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> CNDH, “Declaración de la Cumbre de París sobre el sida”, <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/ONU/Declaracion%20Cumbre%20de%20Paris%20sobre%20SIDA.pdf>, consultado el 17 de junio de 2019.

En los años 2005 – 2010, el apoyo para la epidemia continuaba fortaleciéndose, y países de todo el mundo se comprometían a ampliar sus modelos de prevención y tratamiento para lograr la meta que se había propuesto en el año 2010: que todas las personas que lo necesitaran tuvieran acceso al tratamiento antirretroviral.<sup>30</sup> Sin embargo, esta no logró cumplirse y continuaban los esfuerzos.

La Asamblea General de las Naciones Unidas, aprueba en el 2006 una resolución de la Declaración Política sobre el VIH y el sida, y se mencionan algunos puntos importantes. A pesar del reconocimiento, la situación era grave pues en la última década los casos de VIH habían aumentado, siendo las mujeres las que se encontraban más expuestas, ya que cada vez se detectaban nuevos casos. La prevalencia del VIH había aumentado en las sociedades más marginadas, siendo las personas con menos recursos las más propensas a contraer VIH.

Seguimos profundamente preocupados, sin embargo, por la expansión global y la feminización de la pandemia y por el hecho de que las mujeres representen actualmente el 50% de las personas que viven con el VIH en todo el mundo y cerca del 60% de las personas que viven con él en África, y, en este sentido, reconocemos que las desigualdades entre los géneros y todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas aumentan su vulnerabilidad al VIH y el sida.<sup>31</sup>

El año 2001 marca una pauta importante por los derechos de las personas que viven con VIH, ya que la Comisión de Derechos Humanos proclama una la resolución que menciona que el derecho al más alto nivel de salud, incluía el tratamiento antirretroviral que las personas necesitaban. A partir de este momento se comienza a velar por los intereses de todas estas personas; en el 2002, la ACNUDH y ONUSIDA patrocinan la tercera consulta internacional sobre VIH y Derechos Humanos, donde se revisa el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH. En el año 2006, la comunidad internacional, establece compromisos para tratar temas importantes como prevención, tratamientos y apoyo relacionados con el VIH.<sup>32</sup>

---

<sup>30</sup> Asamblea General, resolución 60/01 del 16 de septiembre de 2005.

<sup>31</sup> Asamblea General, resolución 60/262 del 15 de junio de 2006.

<sup>32</sup> *Loc. cit.*

Reafirmamos que la plena realización de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales para todos es un elemento fundamental de la respuesta mundial a la pandemia del VIH/SIDA, sobre todo en las esferas de la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo, y reconocemos que hacer frente al estigma y la discriminación también es un elemento fundamental en la lucha contra la epidemia mundial del VIH/sida;<sup>33</sup>

Reafirmamos también que el acceso a los medicamentos en el contexto de una pandemia como la del VIH/SIDA es uno de los elementos fundamentales para llegar progresivamente a la plena realización del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental;<sup>34</sup>

Durante esta década, el papel de los derechos humanos en la respuesta a la epidemia y el tratamiento, a sus efectos, se ha vuelto más claro que nunca. Se considera que la relación entre VIH y derechos humanos es fundamental y se hace mención a la niña y a la mujer como un grupo que debe empoderarse. Se menciona la importancia del fortalecimiento del sistema de salud y la correcta capacitación de los profesionales a cargo de dichos servicios.<sup>35</sup>

(...) Debemos superar todos los obstáculos jurídicos, normativos, comerciales y de otro tipo que impiden el acceso a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo; asignar los recursos adecuados; promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales para todos; fomentar la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer; promover y proteger los derechos de la niña a fin de reducir su vulnerabilidad al VIH/SIDA; fortalecer los sistemas de atención de la salud y prestar apoyo a sus profesionales; (...) hacer todo lo necesario para garantizar el acceso a medicamentos que salvan vidas e instrumentos de prevención; (...)<sup>36</sup>

---

<sup>33</sup> *Loc. cit.*

<sup>34</sup> *Loc. cit.*

<sup>35</sup> ONUSIDA, “Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos”, [http://data.unaids.org/pub/report/2006/jc1252-internationalguidelines\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/report/2006/jc1252-internationalguidelines_es.pdf), consultado el 6 de junio de 2019.

<sup>36</sup> ONU, Asamblea general, resolución 60/262 del 15 de junio de 2006.

Se reconocen derechos importantes de las personas VIH positivas:

Nos comprometemos a promover, a nivel internacional, regional, nacional y local, el acceso a la educación, la información, la atención psicológica y los análisis a título voluntario, así como a otros servicios afines en materia de VIH/SIDA, protegiendo plenamente la confidencialidad y respetando el consentimiento informado de la persona, y a promover un entorno social y jurídico que dé apoyo y seguridad a quienes deseen revelar voluntariamente su estado en relación con el VIH.<sup>37</sup>

#### 1.4. El derecho a la salud en Latinoamérica y los tres sistemas de protección a la salud

Los países de América Latina se encuentran preocupados por lograr un sistema de salud que cubra las necesidades de sus habitantes y que sea equitativo y financieramente sostenible, sin embargo, no todos los países comenzaron a buscar este sistema al mismo tiempo. Históricamente, existen países que han sido pioneros en la implementación de un sistema de salud, otros que lo hicieron en un tiempo intermedio y otros tardíamente.<sup>38</sup>

Los pioneros en los sistemas de salud, comenzaron en los años 20's y en este grupo se encuentran los países de Argentina, Chile, Uruguay, Brasil y Cuba. El segundo grupo desarrollaría sus sistemas de salud social alrededor de la década de los 40's y 50's y lo integran Colombia, México, Panamá, Bolivia, Costa Rica, Ecuador y Paraguay. Y el tercer grupo, quienes integraron un modelo más tardíamente alrededor de la década de los 60's y 70's, fueron República Dominicana, Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Honduras y Haití.<sup>39</sup>

América Latina se caracteriza por la diversidad social, cultural, económica y política de su población. A partir de los 80's, empieza a dar importancia a los derechos humanos y los movimientos sociales no se hicieron esperar, los ciudadanos comenzaron a reclamar sus derechos. Las reformas realizadas a partir de entonces en el ámbito de la salud se encuentran

---

<sup>37</sup> *Loc. cit.*

<sup>38</sup> Diana Quintero, *La salud como derecho: estudio comparado sobre grupos vulnerables*, Bogotá, Siglo del Hombre, 2011, p. 209.

<sup>39</sup> *Ibid.*, pp. 210-211.

ligadas a la igualdad, solidaridad y la acción colectiva, y a las demandas de cambio de la intervención del sistema, incluida la expansión del acceso a los servicios de salud y la cobertura de los mismos.<sup>40</sup>

Los contextos epidemiológico, político, económico y social en América Latina han seguido un patrón a través de los años, y es el siguiente:

- a) Epidemiológico: Ha habido un aumento en las enfermedades no transmisibles y crónicas. Los sistemas de salud latinoamericanos no han respondido rápida ni correctamente ante las amenazas epidemiológicas.
- b) Político: América Latina ha atravesado por gobiernos dictatoriales que han invertido poco en servicios sociales y sistemas de salud.
- c) Económico: Un gran número de países han experimentado un ciclo de auges y caídas. En general, se han vivido altos niveles de desigualdad, recesiones e incumplimientos.
- d) Social: Como respuesta a los regímenes militares y de las deficiencias sociales, los ciudadanos han respondido con movimientos civiles para posicionarse en contra de las dictaduras.<sup>41</sup>

Las reformas a los sistemas de salud de países como México, Venezuela, Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Perú, Uruguay o Costa Rica, tienen aspectos en común respecto a la organización y forma de gobernanza, el financiamiento del sistema de salud, la gestión de recursos y la manera en la que se llevan a cabo la prestación de los servicios y son los siguientes:<sup>42</sup>

- a) Gobernanza: Existe una reorganización de los sistemas para abordar la fragmentación estructural, la descentralización en la toma de decisiones a nivel estatal y municipal, y una mejora de instancias reguladoras.
- b) Financiamiento: La inequidad se encuentra a la orden del día y los regímenes del sistema obstaculizan la universalidad de la cobertura de los servicios de salud. El

---

<sup>40</sup> Rifat Atun et al., *Health-system reform and universal health coverage in Latin America*, s.l., The Lancet, 2015.

<sup>41</sup> *Loc. cit.*

<sup>42</sup> *Loc. cit.*

sistema fragmenta estos servicios dependiendo del estrato social y se enfatiza la protección social a las poblaciones que han sido marginadas.

- c) Administración de recursos: Ha habido aumentos en los gastos de salud y en la participación del gobierno en dichos gastos, agrupando fondos para destinarlos a ampliar el seguro de salud y beneficiar a los más pobres.
- d) Prestación y cobertura de los servicios de salud: Existe una cobertura universal a través de la atención primaria a la salud integral, intervenciones en salud pública, un enfoque de derechos humanos y participación de la comunidad a través del empoderamiento y la colaboración de los diversos sectores sociales.<sup>43</sup>

Muchos países de América Latina han incorporado los derechos humanos a sus constituciones, visualizando el derecho a la salud como un bien para toda la población, más que como una mercancía. Esto significa que todas las personas independientemente de sus recursos, deben tener la posibilidad de recibir una educación de calidad donde se atienda a sus necesidades para preservar o mejorar su salud. Los gobiernos tienen la obligación de rendir cuentas sobre la cobertura universal de un sistema de salud que atienda a la población de manera equitativa, disminuyendo las profundas desigualdades que América Latina ha reflejado en el sector salud.<sup>44</sup>

Para algunos países de Latinoamérica, los derechos sociales son muy importantes. La protección al derecho a la salud es significativa y se pretende que exista efectividad en lo que se ofrece a sus ciudadanos desde un enfoque social. Entre los países destacados se encuentran Colombia, Cuba, Guatemala, Venezuela y El Salvador, quienes especifican detalladamente el derecho social de protección a la salud, y hacen énfasis en la obligación del Estado para hacer efectivo este derecho.<sup>45</sup>

La Constitución de Colombia, refiere un artículo de protección a la salud muy extenso, que menciona lo siguiente:

---

<sup>43</sup> *Loc. cit.*

<sup>44</sup> Alicia Yamin y Ariel Frisancho “Enfoques basados en los derechos humanos para la salud en América Latina”, *Medicc Review*, 2015, núm. 14, p. 5.

<sup>45</sup> Miguel Pérez, “El derecho Constitucional a la protección de la salud”, *Alegatos*, México, 2001.



La atención a la salud y el saneamiento ambiental, son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuáles la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de la comunidad<sup>46</sup>

La Constitución de Cuba enuncia lo siguiente:

“Todos tienen derecho a que se atienda y proteja su salud. El Estado garantiza este derecho:

- Con la prestación de la asistencia médica y hospitalaria gratuita, mediante la red de instalaciones de servicio médico rural, de los policlínicos hospitales, centros profilácticos y de tratamiento especializado;
- Con el desarrollo de los planes de divulgación sanitaria y de educación para la salud, exámenes médicos periódicos, vacunación general y otras medidas

---

<sup>46</sup> Constitución Política de Colombia, art. 49.

preventivas de las enfermedades. En estos planes y actividades coopera toda la población a través de las organizaciones de masas y sociales.”<sup>47</sup>

La protección a la salud en América Latina permite visualizar tres agrupamientos distintos en la estructura constitucional:

[...] Un grupo caracterizado por la previsión amplia y detallada del derecho a la protección a la salud; un segundo grupo de constituciones que únicamente hace mención a ese derecho social, y un tercero que solo da simple testimonio de ese derecho y que de ninguna manera expresan una obligación estatal que le dé plena efectividad.<sup>48</sup>

En el plan de acción 2008-20012, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), asume un compromiso en América Latina para abordar los factores sociales y económicos que determinan la salud, llevando a cabo programas y proyectos para mejorar las condiciones de salud de grupos que han sido vulnerados como las mujeres y los pobres, basados en un enfoque de derechos humanos. Para el plan de acción de la OPS en el periodo 2014-2019, propone un enfoque desde una perspectiva transversal a sus políticas y enfatiza la importancia de crear alianzas con diversos sectores de la sociedad. La OPS señala la importancia de que los países orienten sus políticas hacia un enfoque de los determinantes sociales de la salud (DSS).<sup>49, 50</sup>

La sociedad civil de América Latina ha sido una pieza clave en el proceso del respeto y mejora de los derechos que junto con los gobiernos, ha creado un avance en torno al derecho a la salud. Se debe exigir que los gobiernos rindan cuentas y que asuman su responsabilidad en las decisiones e implementaciones relacionadas al derecho a la salud, es fundamental para una cobertura universal del derecho a la salud y sirven de ejemplo para otros países al elaborar iniciativas sociales y judiciales.

---

<sup>47</sup> Constitución de la República de Cuba, art. 50.

<sup>48</sup> *Loc. cit.*

<sup>49</sup> Los determinantes sociales de la salud, son aquellos factores que condicionan los niveles de salud en una sociedad. Véase:

[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=article&id=336&Itemid=40924&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=336&Itemid=40924&lang=es)

<sup>50</sup> Jorge García y Consuelo Vélez, “América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: políticas públicas implementadas”, *Rev. Salud Pública*, Manizales, 2013, pp. 733-734.

### 1.5. Marco jurídico Nacional. El derecho a la protección a la salud en México

La legislación sanitaria y el derecho a la salud, tienen una relación importante. Cuando se formulan leyes, se contribuye a garantizar la protección de los derechos, ya que son útiles para el cumplimiento de los objetivos de manera que se respeten los derechos de las personas. En el caso del VIH, muchos países se han visto obligados a revisar sus leyes de salud pública para salvaguardar la integridad y dignidad de la persona, tratando de cumplir con el ámbito de la salud, sin perder la perspectiva de derechos humanos.<sup>51</sup>

Los gobiernos tienen la obligación de formular leyes que protejan los derechos humanos y México no es la excepción. Los encargados de esta tarea, deben ser capacitados y tener el conocimiento necesario para no pasar por alto los derechos de la población, especialmente de grupos que han sido vulnerados históricamente como lo son las personas que viven con VIH. Si no se es cuidadoso con la elaboración de leyes, se pueden violentar múltiples derechos en justificación al cumplimiento de alguna medida de salud pública, por lo que es importante que dichas leyes se encuentren muy bien fundamentadas.

El derecho a la protección de la salud se encuentra en la Constitución Mexicana desde 1917 y es una parte importante del derecho social, sin embargo, con el paso del tiempo, el derecho a la protección a la salud ha adquirido un perfil propio, y se ha ido asentando como derecho a la salud, deslindándose de los derechos sociales y de seguridad social. El derecho a la protección a la salud no solo ha sido regulado y modificado dentro del país en un gran número de Estados, sino que forma parte también de regulaciones internacionales de derechos humanos.<sup>52</sup>

El derecho a la protección a salud pertenece a los derechos de la segunda generación y se encuentra ligado a la idea de un derecho social. El Estado tiene la obligación de hacer efectivos estos derechos y garantizar a los ciudadanos la protección de los mismos, así como proporcionar prevención, detección, tratamiento y educación. El Estado debe encargarse de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud a los grupos menos favorecidos y de esta

---

<sup>51</sup> OMS, “25 preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos”, [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42592/9243545698\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42592/9243545698_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y), consultado el 10 de junio de 2019.

<sup>52</sup> Miguel Pérez, “El derecho Constitucional a la protección de la salud”, *Alegatos*, México, 2001.

manera y asegurar una buena atención a la comunidad, como lo menciona Pérez en el Derecho Constitucional a la salud.<sup>53</sup>

El hablar de derecho a la salud desde el punto de vista de algunos autores es utópico, ya que las personas no estamos completamente exentas de ciertos daños a la salud como por ejemplo, algunos ocasionados por el medio ambiente, sin embargo, hablar de un derecho a la protección de la salud, permite el acceso universal a los servicios de salud, sean de atención médica, de salud pública, o de asistencia social.<sup>54</sup>

En México, el derecho a la salud fue incorporado parcialmente en el año de 1983 y el artículo 4º constitucional se refiere a que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud” y se desprende lo siguiente:

- a) El derecho a la protección a la salud es un derecho humano de tipo social, derivado del derecho fundamental de la salud, que procura la salvaguarda de la integridad corporal y psicológica del ser humano.
- b) La autonomía del derecho a la protección de la salud respecto a los derechos relacionados con la preservación y protección a la salud derivados de la asistencia social o de la seguridad social
- c) Que el derecho a la protección a la salud obliga principalmente al Estado, en tanto organización política cuyos límites competenciales y atribuciones jurídico-políticas están señalados por la constitución, para establecer las condiciones que permitan la satisfacción plena de dicho ejercicio.
- d) Que el derecho a la protección a la salud también obliga tanto a particulares como a las demás organizaciones de la sociedad, de evitar conductas que de alguna manera lesionen el ejercicio de dicho derecho, lo contravengan o eviten su ejercicio.<sup>55</sup>

Como se menciona en el artículo, se hace referencia al derecho a la protección a la salud, lo que podría traducirse como el politizar el derecho a la salud, donde el Estado tiene la obligación de ofrecer servicios de salud y su acceso oportuno.

---

<sup>53</sup> *Loc.cit.*

<sup>54</sup> José Francisco Ruíz, “El derecho a la protección de la salud y la responsabilidad del Estado”, *Salud Pública de México*, México, 1985, p.6.

<sup>55</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, art. 4.

## 2. La práctica médica y el Derecho a la Salud

El derecho a la vida es el derecho que precede a todos, sin él los demás derechos no tendrían sentido. Seguido a este, el derecho a la salud es importante, ya que para hablar de calidad de vida, se debe llevar a cabo la implementación del mismo. Para asegurar el derecho a la salud, hay una parte esencial: la ética.

Toda persona tiene derecho a la intimidad y a ser tratada con dignidad. Debido a lo anterior y en el ámbito de la salud, la práctica médica es muy importante, nadie puede someter a sus pacientes a pruebas experimentales o tratamientos sin previa autorización, en contra de su voluntad o sin un consentimiento informado donde se le comunique con detalle al paciente en qué va a consistir el proceso. Cuando el paciente acepta participar en alguna prueba o tratamiento, se le debe tratar con respeto sin olvidar los derechos humanos y de esta manera, se lograrán mejores procedimientos y mejores resultados.<sup>56</sup>

La ética y los derechos humanos guardan una relación importante, la ética consiste en una serie de normas que las personas deben seguir, para mantener y regular cierta conducta hacia las personas y la sociedad en general. De esta manera, los derechos humanos recogen normas y principios que son convenidos internacionalmente, los cuales conforman los instrumentos jurídicos internacionales.<sup>57</sup>

La ética profesional si bien no es exclusiva de la práctica médica, si adquiere un tono muy importante para la misma por todo lo que se encuentra el juego: la vida y la salud de las personas. Por esta razón, la ética profesional deja de solo involucrarse en el campo de lo moral, para colocarse en los deberes jurídicos ya que la vida o la calidad de la misma se encuentran vulnerables a razón del quehacer médico, por lo que es necesario que se actúe con reserva.

El artículo 51 de la Ley General de la Salud, señala lo siguiente:

---

<sup>56</sup> Tedros Ghebreyesus, “La salud es un derecho humano fundamental”, 2017, <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/>, consultado el 10 de junio de 2019.

<sup>57</sup> OMS, “25 preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos”, [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42592/9243545698\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42592/9243545698_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y), consultado el 10 de junio de 2019.

- a) Los usuarios deben obtener una prestación de salud oportuna y de calidad idónea
- b) Los usuarios deben recibir una atención profesional y éticamente responsable
- c) Los usuarios deben recibir un trato digno por parte de los trabajadores de salud
- d) Los usuarios pueden manifestar sus inconformidades con respecto a la prestación de los servicios de salud<sup>58</sup>

Esta misma ley regula elementos importantes sobre aspectos médicos-legales como podrían ser el seguimiento, vigilancia, evaluación y control sanitario de diversas enfermedades que también se estipulan en la ley, como lo son las enfermedades o los virus transmisibles como el VIH y los procedimientos a seguir para las mismas. Una de las cuestiones que son reguladas son las responsabilidades que tiene el gobierno o los profesionales para poder dar un seguimiento, tratamiento y notificación adecuada al paciente y a sus familiares, que si no se realiza de la manera adecuada, tendrá consecuencias legales para el profesionista de la salud.

El prestador de servicios de salud debe mantener un nivel de atención profesional hacia sus pacientes, respetar los derechos y voluntades, hablar con claridad y veracidad, evitar la discriminación, respetar los códigos de ética, respetar la confidencialidad, evitar relaciones abusivas, considerar lo mejor para el paciente y respetar y preservar la vida y la dignidad.

### 2.1. Controversias sobre el sistema de salud: impunidad y mala práctica médica

El personal de salud, al tener como deber el cuidado de la integridad de los pacientes, tiene una gran responsabilidad al momento de atender, diagnosticar y efectuar un tratamiento. Debe priorizar aspectos importantes para evitar negligencias médicas que pongan en peligro la salud o inclusive la vida de sus pacientes. En la labor que realizan diariamente en los centros de salud pueden observarse algunas irregularidades que con frecuencia se traducen en una mala práctica médica que surgen de la negligencia, imprudencia e impericia.<sup>59</sup>

La mala práctica es la omisión de prestar un servicio de salud de calidad, por parte de un profesional de la salud. Esta omisión puede perjudicar al paciente, ya que no existe el profesionalismo con el que está obligado a atender a sus pacientes. La acción del medio puede

---

<sup>58</sup> Ley general de salud, art. 51.

<sup>59</sup> Lex Ética Legal Medical Consulting, <http://www.lexeticablog.com/2014/01/negligencias-m%C3%A9dicas-imprudencias-e-impericias.html>, consultado el 30 de octubre de 2018.

producir un daño que no se justifica de la siguiente manera, por omisión, cuando el profesional no cumple con su deber y esto provoca un daño al paciente, o por comisión, llevar a cabo una acción prohibida por la norma.<sup>60</sup>

A continuación, se exponen los tipos de malas prácticas médicas:

Negligencia médica: incumplimiento de los principios de la profesión. Lo que se debe hacer no se hace o sabiendo lo que no se debe hacer lo hace.

Impericia: falta total o parcial de conocimientos técnicos, experiencia o habilidad. Ineptitud para el desempeño profesional.

Imprudencia: el daño causado se produjo porque el acto médico se realizó sin las debidas precauciones ni medir las consecuencias.<sup>61</sup>

Las irregularidades cometidas en los centros de salud deben ser resueltas y pueden ser de carácter administrativo, civil o penal, dependiendo del daño ocasionado. El personal de salud tiene la obligación de indemnizar al paciente afectado y restaurar el daño que se le haya ocasionado, esto debe ser parte del derecho a la protección a la salud. En el artículo primero de la Constitución Política, se expresa que “Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger, y garantizar los derechos humanos”<sup>62</sup> por ende, el Estado debe asegurar el cumplimiento, castigar y reparar el daño conforme la ley lo menciona.

## 2.2. Los derechos de los pacientes VIH positivos: la práctica médica y los centros de salud

Existen organismos internacionales y nacionales que se especializan en el trabajo en materia de VIH, ya sea en la constante investigación y correcta difusión a la población sobre VIH o para fungir como red de apoyo a las personas atravesadas por el tema. La razón por la cual existe este tipo de organizaciones es porque el VIH y el sida se han convertido en una epidemia

---

<sup>60</sup> Oscar Vera, “Aspectos médicos y legales en el acto médico”, *Revista médica La Paz*, La paz, 2013.

<sup>61</sup> *Loc.cit.*

<sup>62</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, art 1.

devastadora, que ha terminado con la vida de millones de personas alrededor del mundo y en algunos lugares es la principal causa de muerte, como en el África Subsahariana.

Una de las organizaciones más importantes a nivel mundial es ONUSIDA, quien marca las pautas a seguir para el conocimiento de la pandemia, la información e investigación, la clasificación de datos y la difusión de los derechos humanos. ONUSIDA trabaja para terminar con las infecciones nuevas de VIH, para que todas las personas tengan acceso al tratamiento, proteger los derechos humanos y recabar información para que sirva de base a las personas para tomar decisiones.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, afirma en su primer artículo que todos los seres humanos nacen libres e iguales en cuestión de dignidad y derechos, por lo tanto, se tiene el deber de tratar con respeto a las otras personas. La ONU señala que para reducir los efectos que tiene el VIH en las personas y en la sociedad en general, se debe realizar una promoción exhaustiva de los derechos humanos, ya que son fundamentales para disminuir la multiplicación del virus y para la atención satisfactoria de quienes ya viven con él.<sup>63</sup>

La CNDH ha puesto a disposición de la gente una cartilla de derechos, los cuales deben de ser respetados para las personas que viven con VIH, donde se expresa lo siguiente:

- Todas las personas VIH positivas tienen los mismos derechos que cualquier otra persona.
- No debe existir la discriminación de ningún tipo.
- Nadie está obligado a declarar que vive con VIH ni a someterse a pruebas de detección sin su consentimiento.
- Tienen derecho a la información suficiente y adecuada al momento en que se decide realizar la prueba y en caso de ser positiva, a ser asesorado por profesionales.
- No se debe revelar el resultado a ninguna persona sin consentimiento. Los resultados son confidenciales.
- El vivir con VIH no debe ser impedimento para recibir atención médica, ingresar a instituciones educativas o aplicar al campo laboral.

---

<sup>63</sup> Declaración Universal de los Derechos Humanos, art 1.



- Vivir con VIH no debe ser motivo de detención o segregación
- Tienen derecho a llevar una vida sexual y reproductiva con responsabilidad
- Tienen derecho a servicios de salud adecuados, a ser atendidos por profesionales de la salud capacitados y a recibir un trato cordial y de calidad.
- El expediente médico debe ser tratado con confidencialidad.
- Tienen derecho a recibir medicamentos antirretrovirales de manera gratuita por parte de los servicios de salud.
- Tienen derecho a la información clara, precisa y oportuna, por parte de los profesionales de la salud, información que sea fundamentada científicamente.
- Tienen derecho a acceder a asistencia médica para mejorar la calidad de vida.
- Tienen derecho a conocer el procedimiento legal para emitir una queja o sugerencia en caso de que sus derechos humanos no sean respetados
- Tienen derecho a cuidar de sus hijos y en caso de no poder hacerlo, a designarles un tutor de confianza para asegurar su bienestar e integridad.
- Las mujeres que viven con VIH tienen derecho a tener hijos y a recibir información precisa sobre la transmisión perinatal y de esta manera decidir cuándo y el número de hijos que quisiera tener.<sup>64</sup>

La CNDH califica ciertas acciones u omisiones como violatorias de los derechos humanos. La negativa de los centros de salud o profesionales de la salud de prestar los servicios médicos, el trato discriminatorio, o la negación de ingreso a cualquier lugar público o privado por razones de salud, son situaciones que deben evitarse.<sup>65</sup>

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cuenta con una sección especial para las personas que viven con VIH,<sup>66</sup> en ella pueden consultar boletines de prensa, información mundial y nacional sobre el VIH y el sida, realizar quejas en línea por desabasto de medicamentos, por falta de reactivos en laboratorio, por discriminación en el centro de salud o por mala atención médica. Se puede encontrar también una sección donde se brinda

---

<sup>64</sup> CNDH, “Derechos humanos de las personas que viven con VIH o con sida”, [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/1\\_Cartilla\\_VIH\\_sida.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/1_Cartilla_VIH_sida.pdf), consultado el 11 de junio de 2016.

<sup>65</sup> *Loc.cit.*

<sup>66</sup> DVVIMSS, “Organización de derechohabientes viviendo con VIH”, <http://www.dvvimss.org.mx/>, consultado el 1 de noviembre de 2018.

información sobre páginas, organizaciones civiles y organismos internacionales especializados en materia de VIH.

### 2.2.1. El derecho a la vida sexual y reproductiva

Los derechos sexuales son para todas las personas, se deben gozar de ellos sin discriminación alguna. Toda persona debería tenerla posibilidad de tomar decisiones respecto a su cuerpo de forma responsable, sintiéndose con libertad, seguridad y en confianza con su entorno, ya sea personal como las emociones o la espiritualidad o externo, como el contexto social, político o cultural.<sup>67</sup> Las personas viviendo con VIH tienen los mismos derechos sexuales que quienes no viven con el virus.

Los derechos reproductivos tienen que ver con la libertad de las personas para decidir si quieren tener hijos o no, cuántos hijos quieren tener y en qué momento de su vida. Todas las personas deben tener acceso a la información sobre todo lo relacionado a esto, por ejemplo a la planificación de su vida reproductiva, a los métodos anticonceptivos, al aborto legal y seguro y los servicios de fecundación asistida, y cuidados previos, durante y después del embarazo.<sup>68</sup> Se debe garantizar a las mujeres su derecho de tener toda la información científica para evitar la transmisión perinatal, para que puedan tomar decisiones y cuidados necesarios en caso de querer tener hijos y así respetar sus derechos.<sup>69</sup> Las mujeres que viven con VIH tienen el mismo derecho que las mujeres que no viven con el virus, a decidir si quieren tener hijos, la cantidad y el momento.

### 2.2.2. El derecho al trato digno

Toda persona tiene derecho a ser tratado con respeto. Las personas que viven con VIH, tienen derecho a un trato libre de crueldad o condiciones inhumanas que sean presentadas por el hecho de vivir con el virus. Nadie tendrá derecho a ninguna forma de discriminación; a segregarte, rechazarte, o excluirte de algún grupo social.

---

<sup>67</sup> Fundación huésped, “Qué y cuáles son los derechos sexuales y reproductivos”, <https://www.huesped.org.ar/informacion/derechos-sexuales-y-reproductivos/tus-derechos/que-son-y-cuales-son/>, consultado el 11 de junio de 2019.

<sup>68</sup> *Loc. cit.*

<sup>69</sup> CNDH, “Embarazo y VIH, sí se puede”, [http://informe.cndh.org.mx/uploads/nodos/10783/content/files/cartilla\\_EmbarazoVIH\\_SiSePuede.pdf](http://informe.cndh.org.mx/uploads/nodos/10783/content/files/cartilla_EmbarazoVIH_SiSePuede.pdf), consultado el 11 de junio de 2019.

### 2.2.3. El derecho al respeto de la confidencialidad

El respeto a la confiabilidad de los datos es un principio vital, no solo para respetar la privacidad del paciente, sino para preservar la confianza en el trabajo de los profesionales de la salud y los servicios de salud. Las personas que viven con VIH tienen derecho a que se respete su intimidad. La información personal no debe ser divulgada sin su consentimiento y las pruebas y tratamientos para el VIH solo pueden ser llevados a cabo con el consentimiento informado y la plena protección de la confidencialidad. Solo en casos excepcionales y con la autorización legal, las personas pueden declarar sobre su estado de salud.<sup>70</sup>

### 2.2.4. El derecho al tratamiento

El tratamiento antirretroviral adecuado, evita que el virus en la sangre se multiplique y disminuya considerablemente, lo que permite que el sistema inmunológico de la persona se recupere y evite la aparición del sida y otros efectos negativos sobre su salud a largo plazo.<sup>71</sup> Las personas viviendo con VIH tienen derecho a recibir este tratamiento de forma gratuita y sin interrupciones por parte de los servicios públicos de salud. Las instituciones de salud tienen la obligación de informar a las personas sobre el tratamiento más adecuado para su situación, así como de los riesgos, reacciones secundarias o alternativas.

## 3. Grupos en situación de vulnerabilidad y el derecho a la salud

Existen ciertos grupos a quienes se les ha relacionado con condiciones de fragilidad o vulnerabilidad, las cuales pueden derivar de condiciones biológicas y sociales. En materia de salud, esta vulnerabilidad posiciona a los grupos en situaciones de desventaja respecto a la sociedad en casos políticos, jurídicos o económicos. La parte social es sumamente importante, cuando estos sectores en vulnerabilidad son atendidos, se encuentran expuestos al trato que les brindarán las personas encargadas de los servicios de salud, el cual puede ser bueno o

---

<sup>70</sup> CESIDA, “VIH y privacidad”, [http://www.cesida.org/wp-content/uploads/2013/09/ClinicaLegal\\_Informe\\_VIH\\_Y\\_PRIVACIDAD-.pdf](http://www.cesida.org/wp-content/uploads/2013/09/ClinicaLegal_Informe_VIH_Y_PRIVACIDAD-.pdf), consultado el 11 de junio de 2019.

<sup>71</sup> ONUSIDA, “Tratamiento del VIH”, <https://www.unaids.org/es/topic/treatment>, consultado el 11 de junio de 2019.

malo, por lo que es fundamental abordar las características de dichos sectores de la población para reducir los malos tratos a la hora de solicitar la atención sanitaria.<sup>72</sup>

Las debilidades de los grupos en vulnerabilidad suelen ser fácilmente identificables, por lo que en los centros de salud es frecuente que se aprovechen de ello. Estas debilidades pueden condicionar el trato que van a recibir, el cual puede no ser justo y que violente sus derechos. Cada centro de salud tiene sus debilidades y a través del servicio que proporciona a sus usuarios, debe realizarse un seguimiento para identificarlas y evidenciar los puntos clave para mejorar en la atención.

Es de suma importancia identificar los grupos que son vulnerados y sus condiciones estructurales e individuales que hacen complejo el cambio y propician la violación a los derechos y se debe recordar que existen organismos protectores de los mismos, como la Comisión Nacional de los Derechos Humanos que apoya en el proceso de cada persona y evidencia aquellos derechos que deben ser salvaguardados, como la protección al derecho a la salud.

Hay ciertos factores que evidentemente se encuentran relacionados con el nivel de salud que pueden presentar ciertos grupos, por ejemplo la condición socioeconómica. Las personas en pobreza o pobreza extrema son más propensas a morir por enfermedades y condición de salud, que las personas de clase media o media alta que pueden acceder con mayor facilidad a los servicios sanitarios. El acceso a la vivienda, transporte, educación, ambiente saludable o igualdad política, también condicionan la salud de las personas.<sup>73</sup>

El Estado es responsable de cumplir con obligaciones respecto a la atención de la salud en grupos que han sido vulnerados. Debe proporcionar a las personas una infraestructura adecuada para la atención a la salud, donde se disfrute de instalaciones adecuadas para la misma. Así mismo, deberá tener personal capacitado de acuerdo a las necesidades de la persona, deberá ofrecer los medicamentos necesarios para preservar o

---

<sup>72</sup> <sup>72</sup> CNDH, “El derecho a la salud en México: problemas en su fundamentación”, [http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/lib\\_DerSaludMexico.pdf](http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/lib_DerSaludMexico.pdf), consultado el 12 de junio de 2019.

<sup>73</sup> Carlos Lema, “Apogeo y crisis de la ciudadanía de la salud. Historia del derecho a la salud en el siglo XX”, *Bartolomé de las Casas*, Madrid, 2012, pp. 95-97.

mejorar la salud y, muy importante, está prohibida la discriminación, que también constituye un grave problema de salud pública.<sup>74</sup>

Una adecuada atención a la salud acepta la diversidad de personas, mantiene una ética médica intachable a favor del bienestar de las personas y respeta las culturas e ideologías diferentes. Se debe reconocer que hay personas que han tenido acceso oportuno a la educación e información y personas a las que se les ha negado este derecho, y aun así, no se debe hacer distinción alguna, ya que la atención a la salud debe ser equitativa y es un derecho humano que a todos les pertenece.<sup>75</sup>

Los factores ambientales también son importantes al hablar de salud pública. El tratamiento de virus y enfermedades epidémicas exigen que se implemente medidas de prevención y referentes a la salud sexual, como en el caso del VIH, donde es sumamente necesario que la población sea informada de los riesgos que puede ocasionar no tener las precauciones adecuadas. Debe implementarse un sistema de detección urgente en casos de epidemias, donde se proteja la salud de las personas, es importante que se implementen estrategias para la lucha contra la propagación de enfermedades o virus que ponga en riesgo grave a la salud, como lo es el VIH.<sup>76</sup>

### 3.1. Personas que viven con VIH: una población con derechos vulnerados

Las personas que viven con VIH son discriminadas en México. La Encuesta Nacional Sobre Discriminación (ENADIS), refleja resultados de actitudes negativas de la población mexicana hacia las personas que viven con VIH, mostrando que son un grupo en condiciones de vulnerabilidad; 33 de cada 100 mexicanas y 39 de cada 100 mexicanos, no rentarían un cuarto a una persona viviendo con VIH. Los prejuicios también son predisposiciones irracionales que tiene la población mexicana; el 35% considera que siempre es un riesgo convivir con personas VIH positivas.<sup>77</sup>

---

<sup>74</sup> CNDH, “El derecho a la salud en México: problemas en su fundamentación”, [http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/lib\\_DerSaludMexico.pdf](http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/lib_DerSaludMexico.pdf), consultado el 12 de junio de 2019.

<sup>75</sup> *Loc. cit.*

<sup>76</sup> *Loc. cit.*

<sup>77</sup> ENADIS, Comunicado de prensa núm. 346/18, México, 6 de agosto de 2018, [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/ENADIS2017\\_08.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/ENADIS2017_08.pdf), consultado el 12 de junio de 2019.

Las personas que viven con VIH son vulnerables en potencia, lo que quiere decir que se encuentran en condiciones de riesgo ante situaciones determinadas. En el ámbito de la salud, las personas VIH positivas pueden encontrarse en riesgo, por ejemplo, de sufrir discriminación por parte de los prestadores de salud ya sea de manera premeditada o por desconocimiento, y que esto conlleve a la violación de derechos, como lo son la confidencialidad o al trato digno (o el derecho a la no discriminación por sí mismo). No existe un tratamiento jurídico constitucional o legal que ampare este tipo de vulnerabilidad, únicamente se pueden encontrar recomendaciones para prevenir este tipo de actos.<sup>78</sup>

Es importante reconocer que ciertos grupos en la sociedad son más vulnerables a contraer VIH o a que el VIH evolucione a sida, ya que no tienen acceso o no se respetan sus derechos civiles, económicos, políticos, sociales y culturales.<sup>79</sup> Si una persona no tiene libre acceso a la educación o información, se encontrará en vulnerabilidad y será más fácil que adquiera al virus al no saber cuáles son las maneras de protegerse. Las personas que viven en pobreza frecuentemente no tienen acceso al tratamiento antirretroviral (y si tienen acceso, muchas veces no es el tratamiento completo), además de que si viven en poblaciones alejadas, es más complicado trasladarse oportunamente a sus consultas y a recibir el tratamiento.

En la materia de derecho, se debe tener pleno conocimiento de las necesidades de la población para brindar la protección adecuada a las personas que viven con VIH para que sea eficaz la preservación de los derechos humanos. Se deben proponer políticas públicas vinculadas que sean eficientes y realmente vean por la integridad de las personas VIH positivas, y como se había mencionado con anterioridad, es necesario que se visualice desde una perspectiva de derechos humanos.

La vulnerabilidad puede ser una condición acumulativa: las personas cuyos derechos han sido vulnerados, en ocasiones se ven inmersos en una “espiral de vulnerabilidad”. La espiral de vulnerabilidad significa que existe ya una condición inicial de vulnerabilidad (por ejemplo

---

<sup>78</sup> Enrique Uribe y María González, “La protección jurídica de las personas vulnerables”, *REDALYC*, Barranquilla, 2007, núm. 27.

<sup>79</sup> ONUSIDA, “VIH/SIDA y los derechos humanos”, 2011, <https://www.ohchr.org/sp/issues/hiv/pages/hivindex.aspx> consultado el 1 de noviembre de 2018.

el ser pobre, ser mujer, ser indígena) y esta se suma a otra (vivir con VIH), lo cual general doble condición de vulnerabilidad y desprotección en el ámbito de la salud.<sup>80</sup>

### 3.2. Grupos de poblaciones clave

Los grupos de poblaciones clave son grupos especialmente vulnerables a contraer el VIH. La OPS expresa que “Los grupos de población clave son grupos definidos que, por sus comportamientos específicos de gran riesgo, presentan una especial susceptibilidad a contraer el VIH, independientemente del tipo de epidemia o contexto local”.<sup>81</sup> Además, existen otros factores que pueden aumentar su vulnerabilidad, frecuentemente suelen enfrentarse a problemas jurídicos o sociales. Los grupos de población clave presentan una dinámica importante en la transmisión del virus, por lo que mantener un trabajo con ellos es necesario para el control de la epidemia.<sup>82</sup>

ONUSIDA define a las poblaciones clave como “comunidades que tienen más probabilidades de contraer VIH o que se ven desproporcionadamente afectadas por el virus en comparación de la población en general”.<sup>83</sup> Estas poblaciones tienen mayores tasas de mortalidad o morbilidad, en comparación con la población en general, además de que con frecuencia tienen menor accesibilidad a los servicios de salud en comparación con otros grupos. Lo anterior, sumado al contexto social de las personas, incrementa la vulnerabilidad de estas poblaciones a contraer VIH y a no ser tratado de manera exitosa.<sup>84</sup>

ONUSIDA considera cinco grupos como las principales poblaciones clave: Homosexuales y HSH, trabajadores sexuales, personas transgénero, las personas usuarias de

---

<sup>80</sup> Diana Quintero, *La salud como derecho: estudio comparado sobre grupos vulnerables*, Bogotá, Siglo del Hombre, primera edición, 2011, p .84.

<sup>81</sup> OPS, “Poblaciones clave”,

[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7266:hiv-prevention-comprehensive-care-key-populations&Itemid=40682&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7266:hiv-prevention-comprehensive-care-key-populations&Itemid=40682&lang=es), consultado el 23 de febrero de 2019.

<sup>82</sup> *Loc.cit.*

<sup>83</sup> ONUSIDA, “Directrices del ONUSIDA para las asociaciones con la sociedad civil, incluidas las personas que viven con el VIH y las poblaciones clave”,

[http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2236\\_guidance\\_partnership\\_civilsociety\\_es\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2236_guidance_partnership_civilsociety_es_0.pdf), consultado el 5 de marzo de 2019.

<sup>84</sup> *Loc. cit.*

drogas inyectables y las personas en prisión o reclusión. Frecuentemente, por condiciones sociales o jurídicas, estos grupos carecen de un acceso adecuado a los servicios.<sup>85</sup>

Es de gran importancia tomar en cuenta a las mujeres y a los adolescentes como poblaciones clave, ya que las mujeres como población general, representan un porcentaje importante de personas viviendo con VIH. El Movimiento Latinoamericano de Mujeres Positivas, mediante un comunicado, solicitó a la comunidad internacional que se incluyera a las mujeres dentro de las poblaciones clave.<sup>86</sup>

ONUSIDA implementó una estrategia para el periodo 2016-2021, la cual tiene como finalidad promover acciones para acelerar la respuesta a la epidemia del sida. Para lograr lo anterior, es necesario que nadie quede excluido y que se maneje un enfoque de derechos humanos, tener en cuenta los derechos a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, una educación integral en sexualidad y que se revisen leyes o prácticas que lejos de colaborar, obstaculicen la respuesta eficaz, incluidas las restricciones para viajeros o pruebas obligatorias.<sup>87</sup>

Fuera de África Subsahariana, el 80% de las nuevas infecciones por VIH en el año 2016, se situó en los grupos de población clave y sus parejas.<sup>88</sup> En América Latina, los hombres homosexuales, los HSH, y las mujeres transgénero, representaron en el año 2017 la mitad de las nuevas infecciones por VIH. En el Caribe, más de un tercio de las nuevas infecciones se presentan entre HSH y trabajadoras sexuales. ONUSIDA advierte sobre la importancia de atender a estos grupos, ya que en gran medida, la prevención y el tratamiento, son inadecuados. Se tiene la meta de que en el año 2030, se ponga fin al VIH y las poblaciones clave son fundamentales para lograr este objetivo.<sup>89</sup>

---

<sup>85</sup> ONUSIDA, “Grupos de población clave”, <http://www.unaids.org/es/topic/key-populations>, consultado el 23 de febrero de 2019.

<sup>86</sup> Carlos Araque, “Una respuesta comprehensiva, más allá de las poblaciones clave”, *corresponsales clave*, <http://www.corresponsalesclave.org/2018/02/respuesta-vih-poblaciones-clave.html>, consultado el 5 de marzo de 2019.

<sup>87</sup> *Loc.cit.*

<sup>88</sup> *Loc.cit.*

<sup>89</sup> OPS, “Poblaciones clave”, [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7266:hiv-prevention-comprehensive-care-key-populations&Itemid=40682&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7266:hiv-prevention-comprehensive-care-key-populations&Itemid=40682&lang=es), consultado el 5 de marzo de 2019.



## **ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD HACIA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH**

El primer caso de Síndrome de la Inmunodeficiencia Humana (sida), fue reconocido en el año de 1981 en Estados Unidos. Desde entonces los investigadores de la salud han estado interesados en estudiar esta epidemia que ha sido la más extensa en las últimas décadas.<sup>90</sup> Inicialmente, se pensaba que el virus era exclusivo de varones homosexuales, ya que éstos fueron detectados en los primeros casos, posteriormente el virus se observó en personas heterosexuales, usuarios de drogas inyectables y/o en mujeres parejas de varones que vivían con el virus, por lo que el VIH se tornó algo que podría presentarse en la población en general.<sup>91</sup>

El VIH afecta a las células del sistema inmunitario, en especial, a las T CD4 positivas y los macrófagos inhibiendo y destruyendo su funcionamiento. La fase clínica de la infección por el virus cuando éste se desarrolla al no recibir el tratamiento oportuno es el Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (sida), donde la aparición de enfermedades oportunistas es frecuente e imposibilita a la persona de realizar sus actividades cotidianas y pone en grave riesgo su salud, afectando su vida y también la de sus familiares y personas cercanas, ya que el cuidado de la persona es necesario y los gastos económicos son elevados.<sup>92</sup> Lo anterior impone un gran reto a los servicios de salud para garantizar su acceso oportuno ya que es un derecho de cada ciudadano.<sup>93</sup>

El día mundial del sida es el primero de diciembre y fue elegido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para conmemorar la lucha que se realiza a nivel mundial para disminuir y erradicar nuevas infecciones, ya que el primer caso de VIH fue diagnosticado por fechas similares. A partir del año de 1988, ONUSIDA lanza una campaña mundial donde estableció como símbolo un lazo rojo, que ha perdurado a través de los años. Entidades

---

<sup>90</sup> Martha Alzate et al., *VIH y sida: una perspectiva de salud pública*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, primera edición, 2010.

<sup>91</sup> Lori Ashford, “Cómo se ven afectadas las poblaciones por el VIH y el SIDA”, [https://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/poblaciones\\_vih%20%281%29.pdf](https://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/poblaciones_vih%20%281%29.pdf), consultado el 2 de diciembre de 2018

<sup>92</sup> Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, “Información básica sobre el VIH”, <http://www.unaids.org/es>, consultado el 4 de diciembre de 2018.

<sup>93</sup> María Baeta y Suely Itsuko, “La integralidad en la atención primaria de salud en los servicios de salud brasileiro y español”, *Publicación Oficial de la Sociedad española de Familia y Comunitaria*, 2009, núm. 7, p. 402.

gubernamentales y no gubernamentales, han establecido su compromiso para la atención y disminución del VIH en la población.

Al analizar el VIH y el sida desde una perspectiva de salud pública, deben tomarse en cuenta ciertos elementos:

- a) Lo mucho que se ha avanzado desde diferentes dimensiones, pero que los resultados y avances no son eficientes ni eficaces. A pesar de que existe más información que nunca, miles de personas en todo el mundo siguen muriendo por enfermedades oportunistas causadas por el sida y hay poblaciones que se encuentran más vulnerables a contraer el virus.
- b) Existen múltiples barreras sociales y económicas, políticas y culturales para la atención integral de la salud de las personas
- c) El estigma y la discriminación se encuentran a la orden del día
- d) Los datos existentes solo dan muestra parcial de una problemática.

De un lado los datos muestran que aún existen múltiples aspectos que tocan la trascendencia, vulnerabilidad e implicaciones de distinta índole para contener y minimizar esta epidemia de otro lado, existen enormes limitaciones en el sistema de información (vigilancia epidemiológica) dado que en la actualidad se trabaja con estimaciones y proyecciones, pero no con datos reportados y reales que demuestren las características de calidad (oportunos, consistentes y completos) de la información y evidencien la problemática en forma más precisa para que las orientaciones de las acciones de salud sean adecuadas.<sup>94</sup>

La epidemia del VIH es considerada un problema de salud pública con profundas raíces sociales. El estudio desde el punto de vista biomédico es de suma importancia, sin embargo no es el único foco de atención. El control del VIH, su tratamiento y prevención, requieren más que campañas psicosociales de concientización, de modificación de conductas de riesgo o de acceso a los tratamientos. El VIH necesita intervenciones estructurales donde se considere las condiciones socioeconómicas y políticas que han sido trascendentales para la epidemia.

---

<sup>94</sup> Martha Alzate et al., *VIH y sida: una perspectiva de salud pública*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, primera edición, 2010.

## 1. Estigma y discriminación: Una violación a los derechos humanos

Hoy en día las investigaciones sobre estigma son variadas, ya que su estudio es multidisciplinario y complejo, que refleja diversidad, raíces, expresiones e intervenciones que son biológicas y sociales, individuales o colectivas, locales o globales. Independientemente del marco teórico utilizado al hablar de estigma y de sus posibles intervenciones, todos hablan sobre una sola cosa: aquel atributo que desacredita a la persona estigmatizada y todo contexto ya sea cultural o social, que favorezca el proceso de estigmatización.<sup>95</sup>

La ONU señala que el estigma y la discriminación se encuentran relacionados con casos de distinción, exclusión o preferencias que atentan directa o indirectamente contra los derechos de otras personas. Estos derechos violentados disminuyen las oportunidades en los ámbitos económico, social, cultural, educativo, o laboral y requieren respuestas por parte del Estado. La discriminación puede ser por etnia, raza, preferencia sexual, sexo, posición socioeconómica salud, etcétera y afecta gravemente la vida de las personas.<sup>96</sup>

Es necesario diferenciar los conceptos de estigma y discriminación, ambos suelen ser utilizados indiscriminadamente pero no es correcto, si bien se encuentran relacionados, no significan lo mismo, a continuación, se retoman algunos conceptos que ayudarán a delimitar la diferencia entre estigma y discriminación.

En Costa Rica, los integrantes del Programa para fortalecer la respuesta centroamericana al VIH (PASCA) han definido el estigma como:

La atribución de características indeseables a un individuo o grupo, que reduce su estatus a los ojos de la sociedad. Como parte de las construcciones e imaginarios colectivos e individuales, no es necesariamente perceptible y evidente, pues aun cuando una persona sienta estigma hacia otra, puede decidir no comportarse de una manera que sea injusta o discriminatoria.<sup>97</sup>

---

<sup>95</sup> Marcela Arrivillaga y Bernardo Useche, *SIDA y sociedad: crítica y desafíos sociales frente a la epidemia*, Bogotá, Ediciones Aurora, primera edición, 2011.

<sup>96</sup> ONU, “Discriminación”, <http://acnudh.org/temas-de-ddhh/discriminacion/>, consultado el 20 de noviembre de 2018.

<sup>97</sup> PASCA, “Estigma y discriminación asociados al VIH”, [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00J4VH.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00J4VH.pdf), consultado el 15 de noviembre de 2018.

El estigma se entiende como un “proceso de deshumanización, descrédito y menosprecio de las personas pertenecientes a ciertos grupos. El estigma se asocia a un atributo, calidad o identidad que se considera `inferior` o `anormal` y se basa en una brecha socialmente construida entre "nosotros" y "ellos”<sup>98</sup> En el estigma, se le atribuye a las personas “atributos indeseables que son incongruentes con el estereotipo que tenemos acerca de cómo debe ser cierto tipo de individuo”<sup>99</sup> El estigma es arbitrario, se puede estigmatizar a una persona o a un grupo de personas por características como el color de la piel, preferencias sexuales o la manera de hablar, los cuales pueden ser deshonrosos para otras personas.<sup>100</sup>

El estigma marca la vida de una persona y la hace vulnerable dentro de la sociedad, impacta negativamente la vida del individuo estigmatizado dependiendo de la característica negativa que se le atribuya: en la sociedad podrá encontrarse con quien alimente el estigma o con quien se encuentre mejor informada y contribuya a eliminar esta brecha de diferencia. A estas últimas personas, Goffman las llamó “sabios”. También es posible que se encuentren con otros sujetos que comparten ese estigma donde puedan compartir experiencias y apoyo, e incluso luchar por la “normalización”<sup>101</sup>

Por otro lado, la discriminación es entendida como:

La manifestación objetiva del estigma. Es cualquier forma de distinción negativa, exclusión o restricción hacia individuos y grupos, sea por acto u omisión, basándose en uno o más atributos estigmatizados. Se expresa cuando se realiza una distinción contra una persona, y ello se traduce en un trato injusto sobre la base de su pertenencia - o la creencia de que pertenece - a un grupo particular.<sup>102</sup>

---

<sup>98</sup> ONU, “La estigmatización en los derechos del agua y saneamiento”, <http://www.ohchr.org/SP/Issues/WaterAndSanitation/SRWater/Pages/Stigmatization.aspx>, consultado el 25 de octubre de 2017.

<sup>99</sup> Erving Goffman, *Estigma. La identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrurtu, 1998.

<sup>100</sup> ONUSIDA, “Violaciones de los Derechos Humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH”, [https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores\\_en\\_salud/derechos%20humanos/sida/violacionesddhh.pdf](https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/sida/violacionesddhh.pdf), consultados el 19 de noviembre de 2018

<sup>101</sup> Erving Goffman, *Estigma. La identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrurtu, 1998.

<sup>102</sup> PASCA, “Estigma y discriminación asociados al VIH” [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00J4VH.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00J4VH.pdf), consultado el 15 de noviembre de 2018.

La discriminación consta de tres componentes: las actitudes discriminatorias, el comportamiento discriminatorio y la discriminación. Los dos primeros (las actitudes y el comportamiento discriminatorios) se aplican a las personas que están dentro de la norma social; en cambio, el último (la discriminación) se aplica a la relación entre los que están dentro de la norma social y los estigmatizados.<sup>103</sup>

Entendemos por discriminación a la restricción, exclusión o preferencia que atentan directa o indirectamente contra los derechos e igualdad de oportunidades de las personas.<sup>104</sup> La ONU ha establecido como una de sus metas reafirmar la fe en los derechos fundamentales del hombre, respetando su dignidad y el valor de la persona, y la discriminación es una manera muy sutil y resistente que no permite llegar al objetivo.

La relación entre derechos humanos y estigma y discriminación, es estrecha. Cuando existe el estigma y la discriminación, la posibilidad de que los derechos sean violentados en una persona o un grupo de personas, es alta.<sup>105</sup> El estigma refuerza la discriminación, ya que es el punto de partida para realizar, omitir o negar acciones o derechos de otras personas. Y la discriminación fomenta el estigma hacia otras personas.

Los actos de estigma y discriminación vulneran el derecho humano a la no discriminación que a su vez puede violar otros derechos, como el derecho a la salud, a la educación, a la igualdad ante la ley o a la intimidad. Y entonces, ¿qué es el derecho a la no discriminación? Dworkin sostiene dos maneras de igualdad, al formular el derecho a la no discriminación.<sup>106</sup>

La primera forma de igualdad nos habla de un “tratamiento igual”, que consiste en “el derecho a una distribución igual de alguna oportunidad, recurso o carga. En este sentido, la no discriminación es igualitaria, ya que obliga a no establecer diferencias de trato arbitrarias

---

<sup>103</sup>Organización Panamericana de la Salud, “Comprensión y respuestas al estigma y a la discriminación por el VIH/SIDA en el sector salud”, <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/OPS/Comprension%20del%20Estigma%20y%20discriminacion%20por%20VIH%20en%20el%20sector%20salud%20OPS.pdf> consultado el 15 de noviembre de 2018.

<sup>104</sup> ONU, “Discriminación”, <http://acnudh.org/temas-de-ddhh/discriminacion/>, consultado el 15 de noviembre de 2018.

<sup>105</sup> ONUSIDA, “Violaciones de los Derechos Humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH”, [https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores\\_en\\_salud/derechos%20humanos/sida/violacionesddhh.pdf](https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/sida/violacionesddhh.pdf), consultados el 20 de noviembre de 2018.

<sup>106</sup> Dworkin Ronald, *Los derechos en serio*, Londres, Ariel, 2012.

basadas en el prejuicio y el estigma”<sup>107</sup> Esta forma de igualdad equivale a la “igualdad de trato” y es la que permite que no se dé un trato diferenciado a una mujer que a un hombre, a una persona blanca o negra, a una persona homosexual o heterosexual. En este sentido, ninguna excepción está justificada, tiene que aplicarse a todas las personas sin diferenciar, a todos por igual.

La segunda forma de igualdad, consiste en “el derecho a ser tratado como igual” que es aquel que te permite ser tratado con el mismo respeto y atención que cualquiera y no solo a la igualdad de distribución de alguna carga, oportunidad o recurso. Esta forma de igualdad “permite la consideración (incluso la exige) de las diferencias sociales y las ventajas innmerecidas, por lo que se considera tomar medidas de tratamiento diferenciado positivo, a favor de quien tiene desventajas por discriminación”.<sup>108</sup> A esto se le llama igualdad constitutiva.

La segunda forma de igualdad consiste en un trato diferenciado positivo, es decir, debe existir una estrategia de compensación a algunos grupos sociales para que realmente haya una igualdad de oportunidades. Este trato diferenciado positivo constituye acciones de intervención social que son implementadas por el Estado, con la finalidad de compensar e igualar oportunidades de un sector poblacional que ha sido excluido.<sup>109</sup>

### 1.1. Estigma y discriminación asociados al VIH

En los años 80`s, se reconoce al sida como una pandemia que afecta a la medicina del modelo correspondiente a la época, donde existía un control sobre las enfermedades que eran transmitidas de persona a persona. Esta pandemia desafía a la salud pública y rápidamente se convierte en una situación que debía ser controlada. Más tarde se comenzaría a ver que no sería sencillo, pues se pondría en evidencia exclusiones sociales e inequidades socioeconómicas que dificultarían el acceso igualitario del tratamiento para todas las personas.<sup>110</sup>

---

<sup>107</sup> *Loc. cit.*

<sup>108</sup> *Loc. cit.*

<sup>109</sup> Jesús Rodríguez, “Una idea teórica de la no discriminación”, <https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/BD-DND-7.pdf> , consultada el 21 de febrero de 2019.

<sup>110</sup> Marcel Arrivillaga y Bernardo Useche, *SIDA y sociedad: crítica y desafíos sociales frente a la epidemia*, Bogotá, Ediciones Aurora, primera edición, 2011.

La epidemia ha motivado a que alrededor del mundo, miles de personas se ocupen en el tema y tengan determinadas respuestas positivas y negativas, a nivel colectivo. Se ha realizado una investigación exhaustiva en el ámbito médico que ha dado lugar a avances muy importantes sobre medicamentos u opciones de estilos de vida que contribuyan a la salud del paciente, sin embargo todos estos esfuerzos no han sido suficientes para controlar la epidemia, ya que el acceso a estos medicamentos o estilos de vida, se encuentran condicionados por cuestiones culturales, sociales o económicas y afectarán en la salud de los individuos y las poblaciones en general.<sup>111</sup> Lo anterior, denota que la parte social es compleja y marca un nivel biológico y psicológico en la salud – enfermedad a nivel individual y colectivo.<sup>112</sup>

El comienzo de los tabúes respecto al VIH tiene que ver con la sexualidad y los primeros reconocimientos del virus en la comunidad homosexual en Estados Unidos y Europa, esto ha dado paso a que hasta el día de hoy, las personas homosexuales y los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) sean estigmatizados y sometidos a discriminación. Las mujeres por su parte, son culpabilizadas por conductas sexuales relacionadas con la promiscuidad, donde se considera que son una vía importante de transmisión. El estigma y la discriminación refuerzan prejuicios y estereotipos en los individuos y en las sociedades, incluso de manera inconsciente. Las interacciones entre individuos y sociedades se retroalimenta en las creencias y acciones.<sup>113</sup>

La sexualidad y drogadicción son temas que han sido estigmatizados a lo largo del tiempo, incluso en la actualidad. Las personas usuarias de drogas inyectables o que se dedican al trabajo sexual causan temor. Si bien es cierto que son poblaciones de riesgo porque de acuerdo a las estadísticas presentan mayor tasa de infección que otras, no deben ser estigmatizadas o discriminadas por la sociedad.

---

<sup>111</sup> *Loc. cit.*

<sup>112</sup> Asa Laurell, “Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad”, <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-043.pdf>, consultado el 21 de noviembre de 2018.

<sup>113</sup> Marcel Arrivillaga y Bernardo Useche, *SIDA y sociedad: crítica y desafíos sociales frente a la epidemia*, Bogotá, Ediciones Aurora, primera edición, 2011.

Las personas consideran que contraer una enfermedad de transmisión sexual como el VIH, les puede ocurrir a los demás pero nunca a ellos, lo que ocasiona problemas importantes como la falta de prevención. El estigma provoca un miedo que aleja a los individuos a la realización de las pruebas por ser algo tabú y también provoca que el diagnóstico positivo no sea revelado a compañeros sexuales y familiares.

#### 1.1.1. ¿Qué refuerza el estigma hacia las personas que viven con VIH?

El sida se ha convertido en un gran problema para la humanidad y no solo ha afectado la salud de las personas, también les ha afectado en el ámbito social. El estigma y la discriminación han frenado avances en la lucha por la erradicación y la toma de conciencia sobre el VIH y sobre el sida, llevando a las personas a ser más vulnerables a contraer el virus, o a que las personas que ya viven con él no tomen los cuidados necesarios para mejorar o mantener su salud.

La relación entre el estigma y el VIH tiende a reforzar significados negativos porque frecuentemente se relaciona con acciones que ya son encasilladas en moralmente malas, como el comercio sexual, las relaciones entre el mismo sexo, o el consumo de drogas. Las personas que viven con VIH son encasilladas en un grupo que hizo “algo malo”, que por ello, adquirieron el virus. Las personas con frecuencia culpabilizan a quien vive con VIH por esa condición y esta situación, no les permite enfrentar este problema social ni ser empáticos con las personas VIH positivas.<sup>114</sup>

Los medios de comunicación juegan un papel muy importante al transmitir una visión a su audiencia. El VIH se ha posicionado como una “enfermedad mediática”, que es atravesada por los medios. Con frecuencia el VIH se posiciona como una “enfermedad” propia de los homosexuales, de las personas afrodescendientes o de las mujeres. Esto crea una idea distorsionada en la audiencia y hace que el estigma prevalezca. El lenguaje utilizado por los medios de comunican también impacta en la audiencia. Es común que utilicen palabras como “contagio” que puede generar temores infundados y pánico en la población.

---

<sup>114</sup> ONUSIDA, “Violaciones de los Derechos Humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH”, [https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores\\_en\\_salud/derechos%20humanos/sida/violacionesddhh.pdf](https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/sida/violacionesddhh.pdf), consultados el 19 de noviembre de 2018.



Es importante analizar las campañas contra el VIH y el sida que se han realizado a lo largo del tiempo, qué discursos se escucharon y qué personas o instituciones mantuvieron estos discursos ¿De qué modo se le da un sentido al VIH en los procesos de información a la sociedad? ¿Por qué las relaciones sobre VIH y sida se dan en función a palabras como sexualidad, muerte, riesgo, culpa, placer? El VIH y el sida han sido abordados desde un discurso lateral, dando cabida al diferimiento, la metáfora y el malentendido. La información sobre el VIH y el sida es distorsionada algunas veces por la voluntad de los actores, otras veces por desinformación.<sup>115</sup>

El lenguaje es un condicionante importante. La forma en que las personas se expresan del VIH refuerza el estigma, ya que a menudo se le relaciona con “muerte”, “terror”, “castigo”, “culpa”, lo que hace que el discurso sea el refuerzo del estigma por el miedo que llega a transmitir. El lenguaje puede llegar a distanciar a las personas y crear un miedo en quien no vive con VIH hacia quien sí vive con el virus, el miedo de morir, de adquirir el virus y no poder acceder al tratamiento, o de ser susceptible a las enfermedades oportunistas en el caso de llegar a una fase avanzada de sida.<sup>116</sup>

Los valores que se encuentran arraigados en la sociedad juegan un papel muy importante. Una mujer no va a enfrentar de la misma manera que un varón el creer que ha adquirido el virus o el tratamiento una vez que sabe que sí lo adquirió. Es mucho más probable que se culpe más a una mujer por haber adquirido el virus (aunque le haya sido transmitido por su pareja) y también es más probable que un hombre VIH positivo sea más aceptado que una mujer en la sociedad. Esta ideología es histórica, ya que las mujeres son vistas como las culpables de “propagar” enfermedades de transmisión sexual debido a su “promiscuidad”.

La religión puede contribuir a reforzar la idea de que el VIH es un castigo por realizar conductas indebidas. La iglesia parece no discutir sobre el sida, sino más bien sobre sexualidad. El uso de preservativo, por ejemplo, no es bien visto por la religión y al no

---

<sup>115</sup> Ana Kornblit, *SIDA y sociedad*, Buenos Aires, Espacio editorial, primera edición, 1997, p. 15.

<sup>116</sup> ONUSIDA, “Violaciones de los Derechos Humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH”, [https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores\\_en\\_salud/derechos%20humanos/sida/violacionesddhh.pdf](https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/sida/violacionesddhh.pdf), consultado el 19 de noviembre de 2018.

creerse correcto, realiza un juicio moral negativo hacia las personas que deciden utilizarlo y más si se utiliza en un “matrimonio natural”, avalado por la iglesia. .<sup>117</sup>

Las mujeres no son las únicas que se encuentran en desigualdad social. Otros grupos minoritarios son estigmatizados por su etnia o sexualidad. Las poblaciones homosexuales o transexuales por ejemplo, son juzgadas por su modo de vida o las prácticas sexuales que se denominan como inmorales. Así mismo, la raza o la etnia han sido motivo para estigmatizar a las personas, por ejemplo, el racismo al pensar que las prácticas sexuales que llevan a cabo en África son el motivo de la adquisición del virus o aquella vulnerabilidad de contraer VIH de las poblaciones económicamente marginadas, que han llevado a intensificar la estigmatización.<sup>118</sup>

El estigma tiene que ver con el poder, un grupo que piensa que se encuentra en superioridad frente otro grupo y por consecuencia, se refuerzan injusticias y desigualdades.

La noción de “normalidad” tiene que ver mucho con la concepción que se tiene sobre los individuos. ¿Qué es normal?, ¿Quiénes son las personas normales?, Goffman afirma que no importa tanto el origen de la idea de “ser humano normal”. Más bien, la importancia radica en que esta noción de normalidad, “parece suministrar la imaginaria básica a través de la cual los legos crean generalmente una concepción de sí mismos”<sup>119</sup> Y es por esta razón que “la identidad del estigmatizado no estaría marcada positivamente por la condición particular que lo diferencia del resto, sino por su pretensión de normalidad”<sup>120</sup>

## 1.2. Prejuicio y estereotipo; un imaginario en la mente de la sociedad

El prejuicio se refiere a un juicio previo o a una pre comprensión que se tiene sobre algo o alguien cuando los individuos aún no conocen o no tienen la suficiente información. A raíz de esto, un prejuicio únicamente tiene bases sobre lo que un individuo pueda imaginarse y muchas veces no tiene nada que ver con la realidad. La persona puede adjudicar valores

---

<sup>117</sup> Ana Kornblit, *SIDA y sociedad*, Buenos Aires, Espacio editorial, primera edición, 1997, p. 18.

<sup>118</sup> ONUSIDA, “Violaciones de los Derechos Humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH”, [https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores\\_en\\_salud/derechos%20humanos/sida/violacionesddhh.pdf](https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/sida/violacionesddhh.pdf), consultados el 19 de noviembre de 2018.

<sup>119</sup> Erving Goffman, *Estigma. La identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrortu, 1998.

<sup>120</sup> Fernando Stern, *El estigma y la discriminación: ciudadanos estigmatizados, sociedades lujuriosas*, Ediciones novedades educativas de México, Buenos Aires, primera edición, 2015, p. 176 – 177.

negativos o positivos a cierta persona, grupo de personas o situación y mantener una idea o postura.<sup>121</sup>

Los prejuicios van de la mano con los estereotipos, ya que son inseparables de las relaciones en la sociedad. Los estereotipos son aquellas ideas o nociones en el imaginario que pueden ser compartidas por un grupo grande de personas. Los estereotipos tienen un origen en varias premisas como pueden ser las tradiciones y cultura, la experiencia propia, por el principio de generalización o simplificación, por un proceso de categorización, ser compartido por muchas personas o por tener manifestaciones exageradas.<sup>122</sup>

Muchos autores comparten la idea de que los estereotipos se tratan de estructuras cognitivas que son como cuadros mentales que sirven para clasificar de acuerdo a ciertos rasgos de ciertos grupos y que permiten relacionarlos cuando se piensa en ellos.<sup>123</sup> Es una manera de simplificar la realidad y puede llevar a la generalización y a la negatividad. Es posible que esta categorización sea acertada, pero en muchas ocasiones no lo es. Los estereotipos sobre una situación no son estáticos, cambian constantemente dependiendo del contexto que también es cambiante.<sup>124</sup>

Al ser una manera de simplificar nuestro entorno, los estereotipos resultan inevitables, son una gran base de datos que permite formar impresiones. Constituyen la capacidad de clasificar eficazmente a objetos, personas o situaciones y esto nos puede llevar a cometer grandes errores. Los estereotipos tienen que ver con las percepciones, se interpretará la nueva información de manera que se relacione con los estereotipos y se enfocará la atención y recordará con mayor facilidad. El estereotipo se reforzará en nosotros y crearemos que es algo natural, olvidándonos que en realidad nosotros somos quien lo hemos construido.<sup>125</sup>

## 2. Estigma y discriminación en el ámbito de la salud: un enfoque de derechos humanos

---

<sup>121</sup> *Ibid.*, p.177.

<sup>122</sup> *Ibid.* p. 178.

<sup>123</sup> Anastasio Ovejero, *Psicología Social: algunas claves para entender la conducta humana*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2010, p. 242.

<sup>124</sup> *Loc. cit.*

<sup>125</sup> *Ibid.* pp. 242-243.

Dentro de la dimensión social se encuentra un área de gran importancia para las personas con VIH: el sector de salud.<sup>126</sup> Las personas involucradas en la atención de los pacientes, deben estar sensibilizadas sobre la importancia de no incurrir en prácticas de estigma y discriminación, ya que, en caso de hacerlo, se puede llegar a violentar el derecho a la salud, el cual es uno de los derechos que debe ser garantizado para todas las personas.

Un enfoque basado en los derechos humanos permitirá disminuir los riesgos de desigualdad, discriminación, y prácticas injustas que violenten a los pacientes y así llevar a cabo planes de acción que contribuyan a mejorar las condiciones de salud e intervenciones para mediar el cumplimiento de sus derechos. La OMS propone una serie de normas respecto a esto, entre las que incluye la no discriminación, la disponibilidad de servicios públicos de salud, programas y tratamientos, accesibilidad económica, accesibilidad a la información, servicios con ética médica y sensibilidad y además de buena calidad.<sup>127</sup>

### 2.1. Estigma y discriminación hacia los pacientes que viven con VIH

Todos los esfuerzos de la ciencia por lograr avances en el conocimiento sobre el VIH son importantes, sin embargo, el fenómeno del VIH va más allá de aspectos médicos, “existe una dimensión social asociada con valores, imágenes y prejuicios, en la que las personas con VIH se han visto obligadas a encarar un desafío no menos arduo; el del estigma y discriminación.”<sup>128</sup>. Cabe mencionar, que el tema es más relevante por la vulnerabilidad que tienen los derechos de estas personas, a causa de este estigma y discriminación.

Los derechos humanos son parte de esta dimensión social y se encuentran ante un reto; el estigma de tener esta condición principalmente, por ser un virus que se transmite por medio de transmisión sexual, lo que ocasiona que la población en general, desarrolle un estigma ante esto. El sector salud no se encuentra exento, ya que existe evidencia de que aún

---

<sup>126</sup> *Ibid.* p. 243.

<sup>127</sup> ONU, “Salud y Derechos Humanos”, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>, consultado el 25 de octubre de 2017.

<sup>128</sup> José Manuel Peixoto, “Estigma y discriminación laboral por VIH/Sida: Un problema de salud pública”, [http://apps.siquant.pt/aidscongress/Modules/WebC\\_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=274](http://apps.siquant.pt/aidscongress/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=274), consultado el 19 de noviembre de 2018.

los profesionales de la salud y atención a estas personas presentan conductas de estigma y discriminación.<sup>129</sup>

En las últimas décadas, los derechos humanos han cobrado cada vez más fuerza<sup>130</sup>, lo que ha generado que en el ámbito de la salud, se plantee si el personal médico que se relaciona directamente con los pacientes, está brindándoles una adecuada atención que les permita llevar una vida digna donde se respeten los derechos que les corresponden. Aunque cada vez se hacen mayores esfuerzos por concientizar y más gente se preocupa por este sector de la población, aún queda mucho por hacer, ya que pese a los esfuerzos por llevar a una realidad el cumplimiento del derecho a la salud para los pacientes con VIH, se sigue violentando.

Existen poblaciones en desventaja que tienen menos probabilidades del disfrute de sus derechos, como lo son las personas que viven con VIH. Esta situación, afecta gravemente a países en desarrollo y está directamente relacionado con grupos que sufren de condiciones de marginación y discriminación, como lo son las comunidades indígenas, las cuáles registran altos índices de mortalidad por VIH. Otro tipo de poblaciones vulneradas que presentan altos índices de mortalidad son los varones homosexuales, mujeres jóvenes y consumidores de drogas inyectables.<sup>131</sup>

“La discriminación manifiesta o implícita en la prestación de servicios de salud, viola derechos humanos fundamentales”.<sup>132</sup> Hablando de personas con VIH, esta discriminación puede presentarse por parte de las personas que los atienden directamente, como son los médicos, laboratoristas, enfermeros, psicólogos e incluso por personas que tienen que ver con control administrativo o de seguridad.

### 3. El VIH y la discriminación alrededor del mundo

---

<sup>129</sup> Organización Panamericana de la Salud, “Comprensión y respuestas al estigma y a la discriminación por el VIH/SIDA en el sector salud”, <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/OPS/Comprension%20del%20Estigma%20y%20discriminacion%20por%20VIH%20en%20el%20sector%20salud%20OPS.pdf>, consultado el 15 de noviembre de 2018.

<sup>130</sup> ONU, “20 logros en materia de derechos humanos”, <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/OHCHR20/Pages/Achievements.aspx>, consultado el 14 de junio de 2019.

<sup>131</sup> *Loc. cit.*

<sup>132</sup> *Loc. cit.*

A continuación, se presentan algunas estadísticas a nivel mundial sobre VIH que han sido proporcionadas por ONUSIDA, realizando una comparativa entre los últimos años sondeados, 2015 a 2017, respectivamente.

a) A finales de 2016, se tenían registradas 36.7 millones de personas viviendo con el virus, y a finales del 2017 (último sondeo), se registraron 36.9 millones de personas, lo que indica un acrecentamiento en las estadísticas.

b) En el año 2016, se tenía registrado que un promedio de 18.2 millones de personas tenía acceso al tratamiento, y en el año 2017, 21.7 millones de personas accedieron al mismo. Para finales del 2015 (según el informe del 2016), el 47% de la población viviendo con VIH tuvo acceso a su tratamiento, y para finales de 2017, el 59% de la población recibió el mismo.

c) En el año 2015, 2.1 millones de personas contrajeron el virus alrededor del mundo y en el 2017, fueron 1.8 millones los casos de nuevas infecciones.<sup>133</sup>

Las estadísticas anteriores presentan una mejora en la detección del virus y en el acceso al medicamento antirretroviral, desde el año 2015 al 2017. A pesar de que actualmente hay más personas diagnosticadas, no quiere decir precisamente que haya más casos nuevos, sino que las personas que ya vivían con el virus se dan cuenta y reciben un diagnóstico. Las estadísticas de acceso al tratamiento también muestran un incremento. Esto refleja que se ha realizado un trabajo de prevención, y que la información llega cada vez más a las personas, sin embargo el proceso sigue siendo lento.

ONUSIDA advierte que el cumplimiento de los objetivos planeados para el 2020 se encuentra en riesgo, ya que el proceso se está ralentizando. Las muertes por sida no están disminuyendo tan rápido como deberían y las amenazas para las poblaciones clave (PC) continúan. El ritmo que lleva el combate hacia el VIH y sida, no es alentador, se están

---

<sup>133</sup> Comparativa entre la hoja informativa de ONUSIDA 2016 y de 2018, donde se encuentran los datos del 2017.

ignorando a las poblaciones en situación de vulnerabilidad como mujeres, niñas y niños, quienes se encuentran en riesgos importantes.<sup>134</sup>

En el informe realizado en Ginebra en Julio de 2018, se comunicó que las nuevas infecciones han ido en aumento en más de 50 países y que en los últimos 7 años solo han disminuido un 18%, lo cual es muy poco para lo que se tenía como objetivo. Las regiones que han tenido mayor avance son África oriental y meridional, mientras que en Europa oriental y Asia central, la cifra anual se ha duplicado.<sup>135</sup>

¿Qué pasa con el estigma y la discriminación? Siguen persistiendo. El personal sanitario, profesores, empleadores, padres, líderes religiosos, entre otros, impide que los jóvenes, las personas viviendo con VIH y las poblaciones clave, accedan a prevenir y tratar el VIH, así como a servicios de salud sexual y reproductiva. En 19 países, una de cada cinco personas expresó que evitó visitar un centro de salud por miedo al estigma y discriminación a causa de su estado positivo. En cinco de cada trece países donde existen datos disponibles, más del 40% de las personas afirmó que los niños y niñas viviendo con VIH, no deberían asistir a las mismas escuelas que los niños y niñas que no tienen el virus.<sup>136</sup>

El estigma y la discriminación provocan que las personas no quieran asistir a los centros de salud, el miedo a ser juzgados incrementa los casos nuevos de VIH e impide el acceso al tratamiento para llevar una vida saludable y de calidad. “Las personas que viven con el VIH que perciben altos índices de estigma relacionado con el VIH, tienen 2,4 veces más probabilidades de retrasar la inscripción en la atención médica hasta que están muy enfermas”.<sup>137</sup>

#### 4. América Latina y la discriminación

El tema de VIH es abordado por los países de América Latina, como un problema de salud pública, por lo que estos países se han dado a la tarea de realizar estudios para ver cuál es la

---

<sup>134</sup> ONUSIDA, “Hoja informativa noviembre de 2018”, [http://files.sld.cu/sida/files/2016/12/UNAIDS\\_FactSheet\\_es-noviembre-2.pdf](http://files.sld.cu/sida/files/2016/12/UNAIDS_FactSheet_es-noviembre-2.pdf), consultado el 21 de febrero de 2019.

<sup>135</sup> *Loc. cit.*

<sup>136</sup> ONUSIDA, “Hacer frente a la discriminación”, [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/confronting-discrimination\\_es.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_es.pdf), consultado el 21 de febrero de 2019.

<sup>137</sup> *Loc. cit.*

condición en su país. El panorama de VIH en América Latina, no es muy alentador. Las estadísticas nos muestran que Brasil es el país número uno en el diagnóstico de aproximadamente la mitad de las nuevas infecciones por VIH, siendo México quien ocupa el segundo lugar.<sup>138</sup>

Brasil tiene 860,000 personas viviendo con VIH en el año 2017, y tiene una variación del 34.4% desde el 2010, es decir que los casos han aumentado considerablemente. México ocupa el segundo lugar con 230,000 personas VIH positivas, con una variación desde el 2010 de 35.3%. El tercer lugar se lo lleva Haití, con 150,000 personas viviendo con VIH, con una variación del 15.4% desde 2010 a 2017. El único país de América Latina que reporta haber reducido considerablemente el número de casos es República Dominicana, con una variación de -19.3%.<sup>139</sup>

En América Latina se implementan las metas de cero discriminación, que pretende llevarse en conjunto con las metas de prevención. Se reconoce que el estigma y la discriminación son una barrera para enfrentar al VIH y acceder a los servicios necesarios, por lo que se ha consensuado una serie de metas que pretende ayudar a alcanzar los objetivos de la no discriminación. Entre estas metas se incluyen las siguientes:

- a) La no aprobación de ninguna ley, política o reglamento que pueda ser utilizada para fomentar la discriminación hacia las personas VIH positivas.
- b) Que todos los países tengan un sistema de financiamiento para monitorear a los trabajadores del área de la salud y la atención a los pacientes viviendo con VIH y las poblaciones clave.
- c) Que al menos el 75% de los países reduzcan la violencia y los crímenes de odio hacia las personas que viven con VIH y las poblaciones clave.

---

<sup>138</sup>CENSIDA, “Los números del VIH en América Latina y El Caribe”, <https://www.gob.mx/censida/documentos/los-numeros-del-vih-en-america-latina-y-el-caribe>, consultado el 30 de mayo de 2017.

<sup>139</sup> Statista, “La epidemia del VIH continúa extendiéndose por América Latina”, <https://es.statista.com/grafico/16258/el-vih-sida-en-latinoamerica/>, consultado el 23 de febrero de 2019.



- d) Que el 90% de los países tengan legislación para denunciar y proceder contra las violaciones a los derechos humanos de las personas VIH positivas y poblaciones clave.<sup>140</sup>

Las personas que viven con VIH representan el 0.05% de la población, la cual sufre una serie de abusos que proviene de la discriminación estructural que se ejerce por vivir con el virus. Sus derechos son violentados o negados y los prejuicios y estereotipos tienen mucho que ver. La población mexicana suele considerar que es únicamente obligación por parte de las personas que viven con VIH el prevenir y evitar nuevos contagios, lo cual no es verdad, es una problemática social y de Estado, donde se debe hacer uso de las políticas públicas para tener un control de VIH y ofrecer una buena calidad de vida a quien vive con él.<sup>141</sup>

La prioridad del gobierno mexicano en torno al VIH ha sido contener la transmisión como un problema de salud pública, sin embargo ¿se han combatido los prejuicios asociados al VIH y sida de manera efectiva? Estos prejuicios entorpecen la prevención, detección y tratamiento y el respeto de los derechos humanos. Erradicar la falta de información y eliminar estos prejuicios debe resultar prioritario.

El Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) busca hacer consiente a la población de que se debe combatir la discriminación hacia las personas VIH positivas desde un marco de información y sensibilización, para que cada vez más personas puedan acceder a servicios de salud, sin temor a ser discriminados o juzgados. El gobierno mexicano tiene el compromiso de promover una política antidiscriminatoria, partiendo desde la igualdad y la no discriminación como eje transversal de las políticas públicas. Es necesario fomentar instrumentos jurídicos, educativos e institucionales, para promover un cambio en la cultura y evitar la segregación y exclusión de las personas que viven con VIH. El garantizar un sistema de salud que respete los derechos de las personas sigue siendo un reto, los

---

<sup>140</sup> OPS, “Países de América Latina y el Caribe se comprometen a reducir un 75% las nuevas infecciones por VIH en adultos y jóvenes para el 2020”,

[https://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_content&view=article&id=310:países-de-américa-latina-y-el-caribe-se-comprometen-a-reducir-un-75-por-ciento-las-nuevas-infecciones-por-vih-en-adultos-y-jovenes-para-2020&Itemid=215&lang=es](https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=310:países-de-américa-latina-y-el-caribe-se-comprometen-a-reducir-un-75-por-ciento-las-nuevas-infecciones-por-vih-en-adultos-y-jovenes-para-2020&Itemid=215&lang=es), consultado el 23 de febrero de 2019.

<sup>141</sup> CONAPRED, “Ficha temática personas que viven con VIH”, <https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Ficha%20VIH.pdf>, consultado el 5 de marzo de 2019.

derechos sexuales y reproductivos son violentados, así como al trato igualitario y el acceso a la justicia.

Entre las estadísticas sobre actos de discriminación, se encuentran las siguientes:<sup>142</sup>

- a) Entre 2011 y 2017, CONAPRED analizó un total de 334 casos de presuntos actos discriminatorios hacia personas que viven con VIH. Del total, 64% fueron quejas contra particulares y el 36% restante, contra personas servidoras públicas.
- b) En su mayoría, las personas que viven con VIH fueron discriminadas; el 40% en el ámbito laboral, el 33% en el ámbito de la salud.
- c) Las principales vulneraciones de derechos reportadas son el derecho al trato digno con el 58% de los casos, al empleo con el 36% de los casos y a la salud con el 29% de los casos.

La ENADIS en el año 2018, hace públicos los siguientes datos:<sup>143</sup>

- a) El 35.9% de las personas, no le rentarían una habitación a una persona que vive con VIH.
- b) El 56.6% de las personas no estaría de acuerdo a que su hijo o hija se casara con una persona VIH positiva.
- c) El 35.2% de la población de 18 años o más, menciona que convivir con una persona VIH positiva siempre es un riesgo.

Existen dos desafíos importantes en torno al VIH. El primero tiene que ver con los prejuicios, estereotipos, estigmatización y la desinformación. Los estereotipos permiten actitudes discriminatorias en los ámbitos de la salud, laboral o académico e incluso en la comunidad y familia y hace que se vuelva un obstáculo para los derechos humanos. El segundo desafío está relacionado con que el VIH afecta de manera primordial a grupos que ya son estigmatizados, como los HSM o las mujeres transexuales y las repercusiones que tiene sobre los derechos son importantes.<sup>144</sup>

---

<sup>142</sup> *Loc. cit.*

<sup>143</sup> ENADIS, “Comunicado de prensa número 346/18”, [http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/ENADIS2017\\_08.pdf](http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/ENADIS2017_08.pdf), consultado el 5 de marzo de 2019.

<sup>144</sup> CONAPRED, “Ficha temática, personas que viven con VIH”, <https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Ficha%20VIH.pdf>, consultado el 5 de marzo de 2019.

## LA FORMACIÓN PROFESIONAL DEL TRABAJADOR DE LA SALUD: UNA MIRADA REFLEXIVA DESDE LA EDUCACIÓN

En pleno siglo XXI, el ámbito de la salud enfrenta grandes cambios y grandes retos que amenazan con empeorar la salud de la población. Los sistemas de salud en México y en todo el mundo, luchan por sobrevivir y mantenerse al día frente a las exigencias de los cambios que se vuelven cada vez más complejos y costosos. Para dar una respuesta efectiva a esta problemática, la educación debe desarrollarse a la par de estos retos, sin embargo, esto no es así, pues los planes académicos son obsoletos y estáticos que generan profesionales no capacitados para las exigencias de la atención a la salud.<sup>145</sup>

La OMS expresa que la salud es un “estado completo de bienestar físico, mental social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades”,<sup>146</sup> lo que refiere que la salud no es solo esa presencia o ausencia de enfermedad, sino que no puede separarse del contexto social en el que viven las personas. A pesar de esto, la salud sigue viéndose por algunos profesionales de la salud desde un enfoque biomédico, únicamente buscando o descartando la enfermedad. Existen otros enfoques de salud que han destacado en América Latina y otros lugares, donde se señala la importancia de que al ámbito de la salud se le incorporen otras disciplinas, incluidos los derechos humanos.<sup>147</sup>

¿De qué manera se piensa y se entiende la salud? La respuesta a esta pregunta en el ámbito médico, podría determinar cómo se manejan y atienden los problemas de salud. La educación de los futuros profesionistas en salud, como médicos/as, enfermeros/as o psicólogos/as, podría ser fundamental para salvaguardar la salud de sus pacientes, dentro de un marco multidisciplinario y basado en los derechos humanos. Realizar un análisis crítico de los mapas curriculares y planes educativos del futuro profesionista de la salud, es fundamental

---

<sup>145</sup> Julio Frenk et al., “Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente”, *Educación médica*, 2005, 16, p. 9.

<sup>146</sup> OMS, “Salud mental, un estado de bienestar”, [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/), recuperado el 27 de febrero de 2019.

<sup>147</sup> Jaime Miranda y Alicia Yamin, “Educando a los futuros profesionales de la salud: un reto para la salud y los derechos humanos en América Latina”, *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 2008, núm. 25.

para que entienda y promueva los derechos de sus pacientes y la atención médica se encuentre en un plano de justicia social.<sup>148</sup>

Las competencias prácticas no son suficientes para ser un buen médico, un buen enfermero/a o un buen psicólogo/a, la salud debe ser situada en un contexto sociopolítico desde cualquier área que se trabaje, desde la investigación, la propuesta e implementación de políticas públicas o la práctica clínica. La educación de los profesionales es un eje fundamental del cambio, sin embargo, no es sencillo, ya que los profesionales de la salud se encuentran con barreras importantes como recursos escasos y trabajo mal pagado.<sup>149</sup>

### 1. El modelo biomédico y el modelo psicosocial

El problema de la enfermedad ha sido abordado desde dos perspectivas: el modelo biomédico y el modelo psicosocial. Ambos puntos de vista han seguido cursos diferentes y ha sido complicada su integración para desarrollar un modelo médico armónico que corresponda y se adecue a la naturaleza del ser humano. La integración de estos modelos no únicamente corresponde a un problema médico, sino que plantea cuestiones de orden filosóficas.<sup>150</sup>

#### 1.1. Características del modelo biomédico

El modelo biomédico es predominante de la medicina moderna, su objeto de estudio es la enfermedad y se plantea así el problema ¿qué es la enfermedad? Y para responder a esta pregunta, se basan en procedimientos de las ciencias naturales. Este modelo surge con la medicina hipocrática.<sup>151</sup> La enfermedad se origina en elementos externos al cuerpo, que lo invaden y generan cambios dentro del mismo, por lo tanto, los individuos no se perciben responsables de la enfermedad, ya que el origen se da por elementos externos fuera del control de la persona.<sup>152</sup>

---

<sup>148</sup> *Loc. cit.*

<sup>149</sup> *Loc. cit.*

<sup>150</sup> Fraile Mercedez, “Modelo biomédico y modelo psicosocial”, <https://ifdcsluisslu.infed.edu.ar/sitio/upload/MODELO%20BIOMEDICO%20y%20BIOPSIOSOCIAL.pdf>, consultado el 23 de abril de 2019.

<sup>151</sup> *Loc. cit.*

<sup>152</sup> Arturo del Castillo, “Modelo biológico y biopsicosocial de la salud”, [https://www.uaeh.edu.mx/docencia/P\\_Presentaciones/icsa/asignatura/Clase%20Arturo.pdf](https://www.uaeh.edu.mx/docencia/P_Presentaciones/icsa/asignatura/Clase%20Arturo.pdf), recuperado el 23 de abril de 2019.

El tratamiento para la enfermedad tiene como principal objetivo el cambio físico del cuerpo humano por medio de procedimientos como la vacunación, la cirugía, la quimioterapia, etc. y para lograr la recuperación del cuerpo, el responsable de este tratamiento es el médico, profesional capacitado para este trabajo. El cuerpo humano es entonces como una máquina que puede ser analizada por partes cuando existe una enfermedad, vista como un mal funcionamiento biológico desde el punto de vista celular y molecular. Entonces, el trabajo de los médicos y del personal de salud, es incidir en él física o químicamente para repararlo. El modelo biomédico responde al materialismo y al reduccionismo: lo que no se pueda explicar por procesos celulares y/o moleculares, no tiene validez.<sup>153</sup>

Para este modelo, la salud y la enfermedad son muy distintas. No existe un punto medio entre una u otra: una persona se encuentra sana o se encuentra enferma. Respecto al cuerpo y la mente, propone un modelo dualístico en el que cuerpo y mente son separados y el cuerpo es visto en términos físicos, como conjunto de piel, huesos, etc.; mientras que la mente se encuentra relacionada con pensamientos y sentimientos. La mente es vista como incapaz de influenciar al cuerpo y los cambios de uno y de otro no tienen que ver entre sí.<sup>154</sup>

Las perturbaciones mentales también le han correspondido al estudio médico y de aquí deriva la psiquiatría. En vez de intentar comprender las dimensiones psicológicas de la enfermedad mental, la psiquiatría se basaría en comprender las causas orgánicas que llevan a los desórdenes mentales como las lesiones cerebrales o infecciones.

La psicología en el modelo biomédico es vista de la siguiente manera: la enfermedad puede causar consecuencias psicológicas pero ciertas causas psicológicas no pueden causar enfermedades. Muchas de las enfermedades pueden causar en las personas diversos trastornos mentales como depresión, cambios en la personalidad, entre otras, sin embargo, el modelo biomédico no considera que ciertas emociones puedan causar enfermedades, como el cáncer.

Si se revisa la definición de salud que proporciona la OMS, se encontrará el enunciado como: “es un estado de bienestar...”, que refiere a que la salud es algo estático, sin un

---

<sup>153</sup> Fraile Mercedez, “Modelo biomédico y modelo psicosocial”, <https://ifdcsanluislu.infed.edu.ar/sitio/upload/MODELO%20BIOMEDICO%20y%20BIOPsicOSOCIAL.pdf>, consultado el 23 de abril de 2019.

<sup>154</sup> Arturo del Castillo, “Modelo biológico y biopsicosocial de la salud”, [https://www.uaeh.edu.mx/docencia/P\\_Presentaciones/icsa/asignatura/Clase%20Arturo.pdf](https://www.uaeh.edu.mx/docencia/P_Presentaciones/icsa/asignatura/Clase%20Arturo.pdf), recuperado el 23 de abril de 2019.

cambio, lo que dista mucho de la realidad. La salud es cambiante y depende de muchos factores como la biología, el medio ambiente, la sociedad, la cultura, los hábitos, entre otros. Esta definición se adapta al sistema cartesiano que se basa en el paradigma de la medicina biomédica, un paradigma convencional y reduccionista.<sup>155</sup>

El enfoque biomédico deja fuera todo lo relacionado a la esfera psicosocial.

## 1.2. Características del modelo psicosocial

En este modelo, las preguntas en cuestión son las siguientes: ¿Quién es el sujeto enfermo? ¿Quién soy yo en cuanto al sujeto enfermo? Este planteamiento seguramente se encontraba en el personal de salud, pero en la historia de la medicina emergió hasta finales del siglo XIX.<sup>156</sup>

Los seres humanos son vistos como sistemas complejos, donde la enfermedad es causada por múltiples factores y no solo uno. Además de aquel factor biológico considerado en el modelo biomédico, las enfermedades también dependen de otros factores como psicológicos o sociales. El ámbito psicológico puede estar compuesto por creencias, conductas y emociones, y el ámbito social sería el contexto en el que se desenvuelve una persona.<sup>157</sup>

Contrario al modelo biomédico, la persona si es considerada como responsable de su salud, ya que la conducta o los pensamientos pueden estar involucrados en el desarrollo de una enfermedad, por lo tanto, la persona tiene un papel activo y se considera involucrada en los orígenes de sus enfermedades.<sup>158</sup>

El tratamiento para la enfermedad desde este modelo, puede estar basado en una modificación de conductas, pensamientos, creencias o el contexto del individuo, todo esto dependiendo del problema en cuestión. En cuanto al responsable de este tratamiento y de la

---

<sup>155</sup> Fraile Mercedez, “Modelo biomédico y modelo psicosocial”, <https://ifdcsanluisllu.infod.edu.ar/sitio/upload/MODELO%20BIOMEDICO%20y%20BIOPSICOSOCIAL.pdf>, consultado el 23 de abril de 2019.

<sup>156</sup> *Loc. cit.*

<sup>157</sup> Arturo del Castillo, “Modelo biológico y biopsicosocial de la salud”, [https://www.uaeh.edu.mx/docencia/P\\_Presentaciones/icsa/asignatura/Clase%20Arturo.pdf](https://www.uaeh.edu.mx/docencia/P_Presentaciones/icsa/asignatura/Clase%20Arturo.pdf), recuperado el 23 de abril de 2019.

<sup>158</sup> *Loc. cit.*

recuperación de la salud, un porcentaje se encuentra en la persona y otro porcentaje en el personal de salud que atiende a la persona.<sup>159</sup>

La salud y la enfermedad no son opuestos, son combinables y se encuentran en un continuo todo el tiempo.<sup>160</sup> Existe una interacción entre el cuerpo y la mente, sin embargo, se siguen viendo como entidades separadas. Se considera que las enfermedades si pueden ser causadas por procesos psicológicos y que no solo las enfermedades causan desordenes emocionales. Por lo tanto, la psicología y la salud se relacionan.<sup>161</sup> Dentro de este modelo no se aborda a la enfermedad, sino a la persona enferma.

### 1.3. Críticas al modelo biomédico

- a) En 1977, Engel critica al modelo biomédico por su manera reduccionista y mecanicista que no permite el abordaje de la salud y enfermedad como un todo, algo integral.<sup>162</sup> Este reduccionismo biológico excluye otros factores que pueden ser causantes de la enfermedad como los hechos socio culturales, por lo que deja fuera el contexto en el que vive la persona y que puede contribuir a la enfermedad, como lo es la clase social, el nivel educativo, o la cultura.<sup>163</sup>
- b) Los problemas mentales y su clasificación son ampliamente criticados. En la psiquiatría se ha utilizado un mecanismo reduccionista de clasificación, con la finalidad de determinar el tipo de enfermedad mental que tiene una persona, la causa y su tratamiento. Sin embargo, estudios han demostrado que no puede ser así, ya que las causas de la enfermedad mental pueden ser variadas y pueden depender del contexto social de la persona y otros factores, no únicamente biológicos. Sin embargo, actualmente se sigue ocupando este modelo de clasificación en la psiquiatría y en la psicología.<sup>164</sup>
- c) La concepción de la enfermedad es limitada. La investigación médica ha avanzado e investiga para que se eliminen todas las enfermedades, ese ha sido el

---

<sup>159</sup> *Loc. cit.*

<sup>160</sup> *Loc. cit.*

<sup>161</sup> *Loc. cit.*

<sup>162</sup> *Loc. cit.*

<sup>163</sup> *Loc. cit.*

<sup>164</sup> Fraile Mercedez, “Modelo biomédico y modelo psicosocial”, <https://ifdcslu.infod.edu.ar/sitio/upload/MODELO%20BIOMEDICO%20y%20BIOPSICOSOCIAL.pdf>, consultado el 24 de abril de 2019.

ideal y lo que se cree que se puede lograr. Sin embargo, se ha dejado de lado la parte psicología y espiritual de la enfermedad, factores que no se pueden controlar con investigación biomédica. Se debe entender que la enfermedad es parte de la vida y que librarse de ella en el proceso de vivir, es prácticamente imposible, aun con todos los avances médicos posibles.<sup>165</sup>

- d) Los médicos y personal de salud, sufren consecuencias personales con el modelo mecanicista que adoptan y transmiten. Olvidan sus procesos emocionales y espirituales, y no llevan hábitos ni estilos de vida saludables. Los curanderos de antes se esperaba que estuvieran en armonía espiritualmente y psicológicamente para transmitir sus conocimientos, lo que no sucede en la medicina hoy en día. Los profesionales de la salud son propensos a tener una calidad de vida inferior al resto de la población y su esperanza de vida incluso, es más baja. Son propensos al consumo de drogas, depresión y otras patologías sociales.<sup>166</sup>
- e) En las escuelas de medicina, enfermería, psicología, no enseñan a los estudiantes como enfrentar el estrés que sufren diariamente con la atención de los pacientes. Se enseña al alumno/a a centrarse en el paciente y su enfermedad como prioridad, dejando la salud física y emocional del médico como secundaria. Lo anterior se vivencia para crear un sentido de responsabilidad, exponiendo al personal de salud a jornadas exhaustivas de estudio y trabajo, que incluso continua una vez concluidos sus estudios profesionales, en la vida laboral. El personal de salud es entrenado para utilizar un modelo de salud y enfermedad donde la parte emocional y psicológica no juegan un papel importante, por lo que tienden a ignorarlas en sus propias vidas y por ende, en las del paciente.
- f) Las instituciones de salud se convierten en centros modernos de atención al paciente, cada vez con mejores tecnologías, pero con menos atención centrada en el paciente. Los lugares de atención a la salud asustan a los pacientes y les causa incertidumbre. Servicios alternativos que pudieran dar mejores resultados que las tecnologías costosas y la hospitalización, van desapareciendo con mayor frecuencia.

---

<sup>165</sup> *Loc. cit.*

<sup>166</sup> *Loc. cit.*



- g) El modelo biomédico delega toda la responsabilidad al médico de la cura del paciente. Se cree que para aliviar la enfermedad, el médico debe intervenir externamente, tal vez con alguna cirugía o medicina particular, viendo al cuerpo como una máquina que si se avería, se puede hacer algo por la pieza dañada. Se pierde la noción del paciente como un individuo responsable, capaz de participar en su propia cura, delegando así toda responsabilidad al médico o personal de salud que lo atiende.

#### 1.4. El papel del psicólogo en la atención de los pacientes que viven con VIH

El psicólogo/a es aquel que se encargará de la salud mental de la persona que vive con VIH. Desarrolla una labor muy importante pues acompañará a la persona y tendrá un impacto en proceso, desde la detección hasta el tratamiento y su calidad de vida por el resto de su vida. El psicólogo o psicóloga debe trabajar siempre desde una perspectiva de derechos humanos, donde tenga claro que se tienen que conocer los derechos y es necesario saber a dónde derivar en caso de necesitar un asesoramiento legal.<sup>167</sup>

Las personas que viven con VIH tienen acceso a los siguientes derechos, por parte de las personas encargadas de su salud mental, los psicólogos y psicólogas que forman parte del sistema de salud:<sup>168</sup>

- Consentimiento informado: Implica informar al paciente de manera comprensible sobre los procedimientos médicos a los que estará sujeto y que él determine que entiende, está de acuerdo y es su voluntad hacerlo. La información debe incluir claramente un diagnóstico, los riesgos y beneficios y las alternativas terapéuticas. El consentimiento firmado indica que se le expusieron todos estos puntos al paciente con claridad y que entiende los procedimientos en los que estará involucrado.
- Confidencialidad: es la obligación del prestador de salud guardar la información obtenida en una relación con su paciente. Esta obligación es para todos los miembros del equipo de salud.

---

<sup>167</sup> Fundación Huésped, “Abordaje psicológico de personas con VIH”, <https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/11/Abordaje-psicologico-de-personas-con-VIH.pdf>, consultado el 5 de marzo de 2019.

<sup>168</sup> *Loc. cit.*

- Veracidad: es obligación del prestador de salud informar al paciente con la verdad, no mentir, engañar u omitir información sobre su estado de salud. Es necesario que se cuente con la contención adecuada para apoyar en la información transmitida al paciente.
- Discriminación: se prohíbe cualquier forma de discriminación, segregación, exclusión u omisión hacia una persona que vive con VIH.
- Acceso a la atención de la salud: Como ya se ha mencionado, el acceso a la atención a la salud se encuentra incluido en la Constitución Nacional y la población que vive con VIH no es excepción. Es obligación que el Estado proporcione tratamiento médico, farmacológico y psicológico.

El paciente no solo debe recibir un tratamiento médico, sino también psicológico, ya que la atención debe ser integral. La atención multidisciplinaria ayudará a que el paciente tenga una mejor calidad de vida. Aunque actualmente el VIH tiene buenos pronósticos médicos y es controlable, aún persisten en la sociedad procesos de estigma y discriminación que merma la salud mental de los pacientes.

Además de los aspectos de discriminación ya expuestos, la persona puede experimentar una anticipación al rechazo, aun cuando no se ha producido. Esta anticipación puede llevar a la persona a una condición de auto – estigma que puede dañar seriamente su vida, ya que a raíz de eso puede alejarse de sus redes de apoyo o dejar de ejercer sus derechos, bloqueándose el avance personal. Es posible que los pacientes presenten vergüenza, culpa, baja autoestima, y este sentir y actuar es creado por el temor a ser rechazado, amenazado o por miedo a no poder formar relaciones de pareja. El contexto social de estigma y discriminación, impacta en las personas VIH positivas y puede provocar otros problemas emocionales como ansiedad o depresión.<sup>169</sup>

El psicólogo/a puede ser una pieza fundamental para colaborar con la persona y ayudar a procesar y manejar la información recibida y puede ser una guía en el proceso de toma de decisiones. Es crucial que sea un acompañante desde el recibimiento del diagnóstico, ya que la forma en que se comunica tendrá un impacto en la persona, así como las creencias y los conocimientos que tenga sobre el virus.

---

<sup>169</sup> Loc. cit.

¿Qué funciones debe desempeñar un psicólogo/a que trabaja con personas que viven con VIH?<sup>170</sup>

- El psicólogo o psicóloga debe estar capacitado/a para brindar al paciente contención, información y asesoramiento y esto debe lograrse respetando el estilo de vida del paciente, sin emitir juicios de valor ni pretender que se ajuste al propio modelo del psicólogo o psicóloga.
- Se debe tener un claro conocimiento del VIH e información médica clara y precisa.
- Es necesario lograr una fuerte alianza terapéutica con la persona y ser capaz de generar empatía con el mismo.
- Cuidar y trabajar la curiosidad, los propios juicios de valor y estigmas para que no dañen el proceso del paciente y que no aporten nada al trabajo terapéutico.
- El psicólogo o psicóloga debe ser capaz de observar al paciente con sensibilidad humana, de verlo como una persona que tiene una historia de vida, que lo vea más allá de un mero procedimiento médico o integrante del sistema de salud.

El psicólogo o psicóloga debe intervenir en la salud mental del paciente, así como de las personas allegadas a él o ella, como la familia, pareja o amigos, quienes también tienen dudas e influyen en la vida de la persona. Las técnicas empleadas por el psicólogo o psicóloga pueden ayudar a enfrentar los desafíos sociales y personales, y exige al psicólogo o psicóloga los conocimientos necesarios así como la sensibilidad y humanidad para atender a una persona que viven con VIH.<sup>171</sup>

#### 1.5. El papel del enfermero/a en la atención de las personas que viven con VIH

El enfermero o enfermera es aquella persona que intervendrá en el cuidado de las personas que viven con VIH y tiene diversas obligaciones: la prevención de nuevos casos a través de la educación para la salud, mantener y disminuir la tasa de mortalidad, promocionar la prueba diagnóstica e informar a los derechohabientes de qué se trata, fomentar el autocuidado y una cultura de responsabilidad en el paciente para lograr una adecuada adherencia al tratamiento y tienen la obligación de mejorar la calidad de vida de los pacientes, conociendo, respetando y

---

<sup>170</sup> Loc. cit.

<sup>171</sup> Camilo Macías, et.al., “Enfoque psicológico para el tratamiento de personas que viven con VIH/sida”, *Revista información científica*, 2018, 97.

promocionando los derechos humanos, reduciendo las desigualdades, la estigmatización, la discriminación y la violencia.<sup>172</sup> El enfermero o enfermera no puede limitarse a la atención de una o algunas áreas de la persona, dicha atención debe ser integral para realmente aportar a la persona lo que necesita para tener una buena calidad de vida.

El enfermero o enfermera desempeña una labor importante en los tres niveles de atención. Algunas de las funciones que el enfermero debe de saber y atender en estos niveles, son las siguientes:<sup>173</sup>

Primer nivel: Toma de medidas preventivas

- Se tiene la obligación de educar para la salud, no solo al paciente, sino también a familiares y amigos o amigas.
- La detección oportuna es importante y se debe informar sobre las prácticas de riesgo, especialmente con las poblaciones clave.
- La promoción a la salud para fomentar prácticas seguras y sensibilizar para lograr que la persona entienda la importancia de llevar a cabo su tratamiento y mantener la adherencia.
- Tener conocimientos sobre los centros de apoyo para poder orientar a la persona.
- Seguimiento para reforzar el autocuidado y la atención ambulatoria.

Segundo nivel: Se debe estar alerta a las enfermedades oportunistas y de desarrollar un Proceso de Atención de Enfermería (PAE), de acuerdo con las indicaciones médicas. El personal de enfermería debe tener conocimiento sobre las enfermedades y tomar medidas para atenderlas, debe orientar a la persona sobre las alternativas de un apego real al tratamiento, los horarios de la ingesta de medicamentos y la dieta.

Tercer nivel: El enfermero/a debe estar al cuidado de la persona que se encuentra en condiciones graves de salud, cirugías o que requiere tratamientos especiales, donde se realizan procedimientos que pueden poner en riesgo la vida.

---

<sup>172</sup> IMSS, “Intervenciones de enfermería para la atención de mujeres y hombres adultos con VIH”, <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-765-15/ER.pdf>, consultado el 6 de marzo de 2019.

<sup>173</sup> CONASIDA, “Guía de enfermería para la atención de las personas con VIH”, [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/27267/guia\\_enfermeria\\_2a.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/27267/guia_enfermeria_2a.pdf), consultado el 6 de marzo de 2019.

La función del enfermero o enfermera es vital, ya que muchas veces suele ser el primer contacto de la persona, por lo tanto, una actitud humana y que genere empatía es fundamental. El enfermero o enfermera debe dar apoyo emocional temporal y canalizar a la persona o familiar con las personas correspondientes, el apoyo y orientación para una atención integral siempre deben estar presentes.

Las acciones del personal de enfermería deben realizarse en torno a la etapa que vive la persona con VIH, algunas etapas que podrían experimentar son las siguientes:

- Negación: se deberá escuchar sin juzgar y esperar el momento adecuado para proporcionar orientación
- Enojo: Se deberá escuchar a la persona de una manera comprensiva para que exprese sus sentimientos y se deberá guardar un respetuoso silencio
- Negociación: Se deberá observar con precisión las actitudes del paciente y mostrar un diálogo continuo
- Depresión: se deberá enfatizar a la persona que es igual a los demás y debe motivarlo/a y reforzarlo/a para vivir

Además de la atención y orientación de la persona, los enfermeros y enfermeras tienen una labor importante con la familia, a la que también deberán guiar en diversos aspectos como en la educación y comunicación de los síntomas que puede presentar el paciente que requieran atención, sensibilizar a la familia para eliminar el estigma y la discriminación, explicar la adherencia al tratamiento, entre otras cosas.<sup>174</sup> Como se puede observar, el enfermero o enfermera juega un papel muy importante en la atención de la persona que vive con VIH y debe tener conocimientos específicos para saber cómo actuar en las diferentes funciones correspondientes. Para esto, la formación del enfermero debe ser integral y multidisciplinaria, para que pueda abarcar todos los ámbitos que necesita la persona.

## 2. La comunicación y el trato digno a la persona que vive con VIH

La comunicación del personal de la salud con el paciente, debe ser más que solo instrucciones e información. Es necesario que enfermeros/as y psicólogos/as y en general,

---

<sup>174</sup> *Loc.cit.*

quien trate con pacientes, sea capaz de evaluar sus necesidades y comunicarse claramente.<sup>175</sup> La comunicación con los pacientes no solo son palabras, lo que se transmite con las expresiones y movimientos corporales o la ausencia de palabras, también es comunicación y debe de cuidarse. Dentro de los deberes del trabajador de la salud, se encuentran las habilidades y capacidades para saber interpretar lo que un paciente quiere comunicarnos, que muchas veces es diferente a lo que expresa con palabras o incluso se debe saber que los silencios también quieren expresar ciertas cosas.<sup>176</sup>

El profesional de la salud debe lograr una comunicación con el paciente a través de la empatía, siempre se debe ser cuidadoso con sus necesidades. Cuando un paciente llega a requerir los servicios de salud, se encuentra sometido a las indicaciones y tratamientos que el médico, el enfermero/a, el psicólogo/a o el profesional en cuestión, le indiquen y le pidan que cumpla para recuperar su salud. A pesar de esto, el profesional de la salud no debe olvidar que las indicaciones son más que eso; se encuentran frente a una persona que piensa, siente y escucha y no deben olvidarlo, por lo tanto, el trato humano debe ser de calidad para lograr un bienestar en el paciente.<sup>177</sup>

La comunicación entre el enfermero/a y el paciente se ve afectada por una barrera que establece la tecnificación del entorno, esto quiere decir que frecuentemente los pacientes apenas saben sobre los procedimientos y diagnósticos y la imagen de la bata blanca impide una comunicación fluida. Es verdad que las escuelas tratan de inculcar a sus alumnos el trato humanizado a sus pacientes, sin embargo rara vez se cumple, ya que todo el trato y todo el procedimiento es protocolizado, lo que limita el ejercicio profesional.<sup>178</sup> Lo anterior no quiere decir que los protocolos sean innecesarios o les falte utilidad, por el contrario, son muy importantes en la práctica de la enfermería, sin embargo, vale la pena realizar una revisión y una crítica sobre las limitaciones que tienen y su uso profesional.

Otro factor que dificulta la comunicación entre el enfermero/a y el paciente, es la falta de personal y de tiempo que tienen las instituciones, donde cada vez hay mayor número de

---

<sup>175</sup> Medlineplus, “Comunicarse con los pacientes”, <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000456.htm>, recuperado el 6 de abril de 2019.

<sup>176</sup> Isabel Naranjo y Gloria Ricaurte, “La comunicación con los pacientes”, *Investigación en educación en enfermería*, 2006, 24, p. 94.

<sup>177</sup> *Loc. cit.*

<sup>178</sup> *Loc. cit.*

pacientes y una gran demanda. La interacción entre profesional y paciente requiere tiempo suficiente para poder atender las necesidades del paciente, y al verse limitados en los espacios de salud, es complicado lograr esta conexión con él y entender sus necesidades, sobre todo para profesionistas como los enfermeros/as, quienes pasan un mayor tiempo con el paciente y requieren de este tiempo para sus cuidados.<sup>179</sup>

Un tercer factor que crea una barrera de comunicación entre enfermero/a y paciente, es la interpretación que puedan tener sobre diversos conceptos, por ejemplo el de atención integral. La atención integral para un enfermero/a puede significar una cosa y para otro/a, algo diferente. Para algunos puede ser que esa atención incluye la comunicación con el paciente y su familia, hacerles llegar la información y tomar en cuenta sus deseos y necesidades, y para otros, significará realizar todos los procedimientos que necesite para preservar su salud, independientemente de lo que el paciente piense o sienta al respecto. Gracias a esta variedad, hay diferencias importantes en la coordinación de los profesionales y muchas veces, la atención a los pacientes está basada más en criterios personales, que en sus necesidades.<sup>180</sup>

El enfermero/a tiene un papel complicado en el cuidado del paciente. Es importante que logre ponerse en los zapatos del paciente y ser capaz de tomar decisiones cuando él se encuentre sin posibilidades de tomarlas, cuando no tengan voluntad, conciencia o fortaleza necesarias. Por unos minutos, el enfermero/a debe tomar el lugar del paciente e intentar vivir de cerca su posición, sus miedos, dudas, inseguridades e incertidumbre.

Una mala comunicación puede violentar derechos de los pacientes. Es necesario que para el cuidado integral, el enfermero/a utilice un lenguaje claro y comprensible que satisfagan las necesidades del paciente de manera clara y oportuna, donde a través del dialogo se fomente una buena relación terapéutica y se pueda generar un ambiente de confianza y seguridad, brindándole el apoyo afectivo y emocional que el paciente necesita.<sup>181</sup> El pasar por alto la comunicación asertiva, puede violentar el derecho del paciente a la información y al trato digno, por lo que el enfermero/a debe ser muy cuidadoso con sus conocimientos materiales y personales para no incurrir en esta violencia en el sistema de salud.

---

<sup>179</sup> *Loc. cit.*

<sup>180</sup> *Loc. cit.*

<sup>181</sup> *Loc. cit.*

Algunas recomendaciones para la comunicación con el paciente son las siguientes:

- a) Es necesario replantearse la enfermería para que se adapte a las necesidades del paciente. Es muy importante la enseñanza de conceptos teóricos, sin embargo los principios éticos y morales son una pieza fundamental para que la atención al paciente sea completa y hagan de la enfermería una profesión humanizada. El paciente debe sentir ese trato cálido y humano, debe sentir que es una prioridad para el enfermero/a y que estará en la mejor disposición de atenderlo en todo momento.
- b) El apoyo físico y emocional al paciente es muy importante. Brindarle un trato cordial, compañía y explicarle los procedimientos, harán una diferencia importante en la práctica de la enfermería. Permitirá que el paciente tenga más confianza, tranquilidad y comodidad, y que se respeten sus derechos.
- c) Trabajar con sencillez y humildad, posibilitar el diálogo, acercarse, escuchar al otro y comunicarse con cordialidad.
- d) Llamar al paciente por su nombre, respetar su intimidad y libertad de decisión.<sup>182</sup>

### 3. Deshumanización de la educación médica

La medicina ha avanzado a grandes pasos, sin embargo, también ha mostrado altos grados de despersonalización en la relación del personal de salud y paciente. La empatía es clave para construir una relación entre un enfermero/a y un paciente o un psicólogo/a y un paciente y permite una práctica clínica centrada en este último.<sup>183</sup>

El término empatía proviene del griego *empathia*, que significa apreciar los sentimientos de otros. Dicho término es incorporado al ámbito médico desde 1918 como un elemento importante en la relación médico - paciente, que facilita la interacción y proceso terapéutico. La empatía puede ser situada en el ámbito cognitivo, afectivo o en ambos dependiendo desde la perspectiva de la definición, pero en cualquier caso es claro que tiene mucha relación con la satisfacción y bienestar del paciente.<sup>184</sup> Algunos autores concuerdan con que la empatía es parte de la personalidad del individuo y que puede disminuir con la

---

<sup>182</sup> *Loc. cit.*

<sup>183</sup> Graciela Moreto, *et.al.*, "Reflexiones sobre la deshumanización de la educación médica: empatía, emociones y posibles recursos pedagógicos para la educación afectiva del estudiante de medicina", 2018, 19, p.172.

<sup>184</sup> *Loc. cit.*



formación médica, pero también puede aumentar o desarrollarse con las estrategias pedagógicas adecuadas, aunque es posible que no sea algo que pueda enseñarse con facilidad.<sup>185</sup>

Estudios demuestran como la empatía se puede deteriorar con la formación. Los estudiantes en los primeros años pueden sentirse con un mayor entusiasmo al atender a sus pacientes, el cual disminuye con el tiempo, lo que provoca que en los últimos años se dé un distanciamiento con el paciente y no se implique emocionalmente con él. Esta actitud que se toma posiblemente para evitar contagiarse con el dolor ajeno, compromete la empatía y se requiere de una educación afectiva para preservarla y aumentarla, para una mejor relación con el paciente.

El desafío en la actualidad, consiste en desarrollar estrategias que permitan al estudiante fomentar su empatía con los pacientes, el estudiante debe recibir una educación para su afectividad que permita el desarrollo de las emociones y sentimientos relacionados con la empatía. Las escuelas muchas veces tienen claro este desafío, sin embargo se encuentran en la búsqueda del desarrollo de estas habilidades de los estudiantes y muchas veces no es sencillo.<sup>186</sup>

---

<sup>185</sup> *Loc. cit.*

<sup>186</sup> *Loc. cit.*

## **CAPÍTULO SEGUNDO: METODOLOGÍA DE PROYECTO**

### 1. Resumen

#### Objetivo general:

Analizar las actitudes, conocimientos, concepciones y formación académica que tienen los estudiantes de enfermería y psicología hacia las personas que viven con VIH y que podrían vulnerar su derecho a la salud.

#### Objetivos específicos:

- Analizar los conocimientos, formación académica, actitudes y concepciones de los estudiantes de enfermería en relación con el VIH y las personas que viven con VIH.
- Analizar los conocimientos, formación académica, actitudes y concepciones de los estudiantes de psicología en relación con el VIH y las personas que viven con VIH.
- Determinar si la escolaridad y el género influyen en los conocimientos, formación académica, actitudes y concepciones de los estudiantes de psicología y enfermería en relación con el VIH.
- Determinar si las actitudes de los estudiantes de enfermería y psicología hacia las personas que viven con VIH, se relacionan con la vulneración del derecho a la salud de estas últimas.

El estigma y la discriminación pueden presentarse en el personal de salud en formación que atiende o puede atender a las personas que viven con VIH, ya sea a manera de actitudes conscientes o inconscientes, en la falta de conocimientos o conocimientos erróneos, y en reacciones y percepciones que pueden resultar desfavorables para los pacientes. Estas manifestaciones de estigma y discriminación, pueden derivar en el incumplimiento de los derechos humanos, especialmente el derecho a la salud de estas personas. Estas actitudes, conocimientos erróneos y reacciones y percepciones desfavorables, podrían asociarse con poca adherencia al tratamiento y otras actitudes de los pacientes poco favorables para cuidar su salud.

La población que vive con VIH es una minoría invisibilizada, ya que hablar de VIH es un tabú en nuestra sociedad. A pesar de que existen normas, leyes, declaraciones, recomendaciones, etc., emitidas por organismos nacionales e internacionales, los derechos de esta minoría se ven vulnerados, y el estigma y discriminación contribuyen en gran medida a ello. Es necesario que el personal encargado de salvaguardar su salud, tenga conocimientos suficientes y adecuados, además de actitudes positivas, para atender a los pacientes, de tal manera que garantice una buena calidad de vida y el derecho a la salud.

## 2. Hipótesis

Los estudiantes de enfermería y psicología presentan actitudes de estigma y discriminación hacia los pacientes que viven con VIH y estas actitudes se relacionan con la vulneración del derecho a la salud en la atención en los centros de salud.

## 3. Metodología de la investigación

### 3.1 Diseño y tipo de estudio

El estudio realizado es descriptivo – correlacional, de tipo transversal y de campo. Para los fines de esta investigación, se utilizará una metodología de tipo mixta, cualitativa-cuantitativa. El estudio es cualitativo, ya que se pretende conocer a través de la entrevista, las vivencias y percepciones de los participantes, de acuerdo con su experiencia y realidad. Así mismo, en la parte cuantitativa se pretende realizar una medición objetiva, producto de los datos arrojados por dos instrumentos a utilizar, adjuntados en la presente tesis.

### 3.2 Población de estudio

La población y el tamaño de muestra para realizar la parte cuantitativa del proyecto es la siguiente:

- Estudiantes de la licenciatura en enfermería de la Facultad de Enfermería sede Tamazunchale, de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí con un total de 117 participantes
- Estudiantes de la licenciatura en psicología de la Facultad de Psicología de la sede central de Universidad Autónoma de San Luis Potosí con un total de 282 participantes

La población y el tamaño de la muestra para realizar la parte cualitativa es la siguiente:

- 5 entrevistas a estudiantes de enfermería de la UASLP, campus Tamazunchale
- 5 entrevistas a estudiantes de psicología de la UASLP, campus San Luis Potosí

### 3.3 Universo de trabajo

Alumnos de la Facultad de Psicología, sede central y de la Facultad de Enfermería, sede Tamazunchale.

### 3.4 Tiempo de ejecución

La aplicación de los instrumentos de la parte cuantitativa, tuvo una duración de 15 a 20 minutos, aproximadamente. Las respuestas fueron individuales y fue posible la aplicación, al mismo tiempo, a todos los participantes de un mismo grupo escolar.

La realización de las entrevistas de la parte cualitativa, tuvo una duración de 20 minutos aproximadamente, por cada persona entrevistada. Las entrevistas se realizaron de forma individual.

### 3.5 Esquema de selección

#### 3.5.1 Criterios de inclusión

- Estudiantes que cursaran las carreras de enfermería o psicología
- Estudiantes que quisieran participar voluntariamente
- Estudiantes que cursaran cualquier semestre, incluidas prácticas profesionales

#### 3.5.2 Criterios de exclusión

- Alumnos menores de edad

#### 3.5.3 Criterios de eliminación

- Que el participante decidiera no continuar

## 4. Tipo de muestreo

### 4.1 Muestreo no probabilístico

La muestra se seleccionó de manera probabilística.

### 4.2 Metodología para el tamaño de la muestra y tamaño de la muestra

Cálculo de una muestra estadísticamente significativa, consultado en: <https://es.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>

- Estudiantes de la licenciatura en enfermería de la Facultad de enfermería sede Tamazunchale, de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (117 aplicaciones)

- Estudiantes de la licenciatura en psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. (282 aplicaciones)

#### 4.3 Definición de los principales conceptos de estudio

El estigma es la atribución de características indeseables a un individuo o grupo, que reduce su estatus a los ojos de la sociedad. Como parte de las construcciones e imaginarios colectivos e individuales, no es necesariamente perceptible, pues aun cuando una persona sienta estigma hacia otra, puede decidir no comportarse de una manera que sea injusta o discriminatoria.<sup>187</sup>

La discriminación es la manifestación objetiva del estigma. Es cualquier forma de distinción negativa, exclusión o restricción hacia individuos y grupos, sea por acto u omisión, basándose en uno o más atributos estigmatizados. Se expresa cuando se realiza una distinción contra una persona, y ello se traduce en un trato injusto sobre la base de su pertenencia - o la creencia de que pertenece - a un grupo particular.<sup>188</sup>

Actitud: Un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones.<sup>189</sup>

#### 4.4 Técnicas y procedimientos a emplear para la parte cuantitativa

Para la parte cuantitativa se utilizó el “Estudio de Estigma y Discriminación asociados al VIH”. Es una encuesta de opinión a nivel poblacional que USAID|PASCA han desarrollado en los países de la región centroamericana desde 1997, con intervalos de dos a tres años entre los diversos cortes. Entre octubre de 2013 y enero de 2014, se aplicó este estudio por sexta vez en la región a muestras representativas de las respectivas poblaciones de Guatemala, Belice, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá.<sup>190</sup> Esta encuesta de opinión se encuentra compuesta por veinte reactivos, donde dos de ellos corresponden al área de percepción de la epidemia, cuatro reactivos corresponden al rol gubernamental, cuatro a medidas y programas de prevención, cuatro a actitudes de estigma y discriminación hacia

---

<sup>187</sup> PASCA, “Estigma y discriminación asociados al VIH”, [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00J4VH.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00J4VH.pdf), consultado el 15 de noviembre de 2018.

<sup>188</sup> *Loc. cit.*

<sup>189</sup> Gordon Allport, *Attitudes*, Murchison, 1935, citado por: Martín-Baró, 1988

<sup>190</sup> USAID/PASCA, “Estigma y discriminación asociados al VIH”, [https://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00MJBS.pdf](https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00MJBS.pdf), consultado el 14 de junio de 2019.

personas que viven con VIH y por último, seis reactivos a actitudes y prácticas hacia poblaciones clave.

El segundo instrumento que se utilizó es una herramienta de monitoreo de indicadores globales, “Midiendo estigma y discriminación hacia el VIH entre personas que trabajan en facilidades de salud”. Esta herramienta fue preparada por el Proyecto de Política de Salud (Health Policy Project), que es un acuerdo cooperativo financiado por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de Norteamérica. Esta es una breve herramienta de monitoreo que recopila seis de los indicadores globales para medir el estigma y la discriminación en los centros de salud. Se realizó un estudio piloto en seis lugares: China, Dominica, Egipto, Kenia, Puerto Rico y St. Kitts y Nevis. La herramienta se encuentra traducida en 5 idiomas, incluido el español.

Las áreas que mide son las siguientes: Miedo por parte del personal de salud a contraer VIH, prejuicios hacia las personas que viven con VIH, estigma y discriminación y política y ambiente de trabajo.

El número de aplicaciones fueron las siguientes: Egipto (n=300), Kenia (n=350), Puerto Rico (n=301) y San Kitts/Nevis (n=307). La prueba implicó la administración del cuestionario al personal clínico y no clínico, con una mezcla de modo auto-administrado y entrevista. Después de la prueba de campo, el equipo de investigación se reunió para considerar los reactivos del cuestionario a través de los seis lugares, examinando las propiedades psicométricas y los problemas contextuales.

El cuestionario resultante mide el estigma y discriminación relacionado con el VIH entre personas que trabajan en clínicas de salud. El cuestionario también captura observaciones del estigma y discriminación relacionadas con el VIH dentro de la clínica de salud y el grado en que los proveedores experimentan estigma y discriminación como resultado de proporcionarle atención a las personas viviendo con o se cree que viven con VIH.

Los instrumentos anteriores no se han utilizado en México; sin embargo, se realizó una revisión de los mismos por parte de la investigadora y de los asesores, y se llegó a la conclusión de que puede ser utilizado para población mexicana.

#### 4.5 Técnicas y procedimientos a emplear para la parte cualitativa

Para la parte cualitativa se utilizó una entrevista semi estructurada donde se le preguntó al alumno/a cuál ha sido (en caso de haber atendido a una persona que vive con VIH) o cuál sería (imaginando que atiende a una persona que vive con VIH) su percepción sobre él o ella, así como sus vivencias, conocimientos y pensamientos sobre el VIH y los derechos humanos

#### 4.6 Procesamiento y tipo de análisis

Datos cuantitativos: Se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 25.0

Para obtener la base final con la que se trabajaron los datos, fueron necesarios una serie de procedimientos realizados en el IBM SPSS Statistics 25.0

- a) Se comenzó por imputar los datos por medias para sustituir aquellos datos escalares que los alumnos no respondieron, imputando alrededor de 15 reactivos del total.
- b) Se invirtieron los reactivos que fueran necesarios para obtener las puntuaciones adecuadas. Las puntuaciones invertidas del primer instrumento fueron los reactivos 7, 9, 13, 15, 16 y 18 y las invertidas del segundo fueron 21, 22, 23,24, 25, 26, 34, 35 y 36.
- c) Se realizó un análisis de confiabilidad en el cual se eliminaron los siguientes reactivos: del primer instrumento el 1, 5, 7 y 9, quedando un total de 16 reactivos. Del segundo instrumento se eliminaron el 27, 29, 32 y 33, quedando un total de 19 reactivos. Se eliminó la categoría de “Percepción de la epidemia”, del primer instrumento, ya que únicamente quedó con 2 reactivos. Al finalizar, el Alfa de Cronbach de la prueba fue de 0.776.
- d) Se armaron variables por categorías de cada instrumento, las cuales quedaron de la siguiente manera:  
Primer instrumento: Rol gubernamental, medidas y programas de prevención, actitudes de estigma y discriminación hacia PVV, actitudes y prácticas hacia PC.  
Segundo instrumento: Miedo a contraer VIH, estrategias y prejuicios relacionados a PVV, estigma y discriminación observado o secundario, política y ambiente de trabajo.

Datos cualitativos: Se trabajó en la interpretación de los datos en el marco de la teoría fundamentada y se realizó el siguiente procedimiento:

- a) Se realizó un primer y único guion de entrevista con base en la información que se requería almacenar para la investigación. Este guion contuvo 19 preguntas que se realizaron a los participantes
- b) Se realizaron 10 entrevistas en total, 5 entrevistas a los estudiantes de la licenciatura en Psicología y 5 entrevistas a los estudiantes de la licenciatura en Enfermería. Se consideró que 5 entrevistas fueron suficientes, ya que se obtuvo una saturación de categorías descriptivas, por lo que se concluyó que cada categoría contenía suficiente información para considerarse como tal y posibilitaba continuar con el siguiente proceso en la teoría para dar lugar a categorías analíticas.

Las preguntas plasmadas en las entrevistas no tuvieron variación, únicamente en algunas se hizo énfasis con el fin de obtener información adicional de los datos proporcionados.

## 5. Contextualización sociocultural

Los alumnos y alumnas con las que se trabajaron en el presente proyecto, pertenecen a dos municipios con características muy diferentes; la capital San Luis Potosí y Tamazunchale de la zona de la Huasteca, por lo que es importante exponer el contexto de ambas poblaciones.

### 5.1. San Luis Potosí

San Luis Potosí cuenta con una población de 824 229 personas, lo que representa el 30.3% de la población de todo el estado. El 52% de las personas son mujeres, mientras que el 48% restante son hombres. La mediana de edad es de 28 años. La mayoría de las personas cuenta con acta de nacimiento (el 99.1%) y el 0.9% restante se encuentra dividido entre quien no tiene, nació en otro país, o no se especifica por qué le hace falta. El 10.14% de la población se



considera indígena, el 0.75% habla una lengua indígena y el 100% de las personas que hablan una lengua indígena, también hablan español. El 0.007% se considera afrodescendiente.<sup>191</sup>

El total de las viviendas registradas como habitadas, representa el 31.2% de la población del estado, con 221 855; en promedio, 3.7 por vivienda y el promedio de ocupantes por cuarto es de 0.8. Un gran porcentaje de viviendas cuenta con servicios: el 92.2% tiene agua entubada, el 98.4%, tiene drenaje, el 99.1% tiene servicio sanitario y el 99.5% tiene electricidad. En cuanto a la tenencia de vivienda, el 67.1% la reporta como propia, el 20.8% la reporta como alquilada, el 10.8% la reporta como familiar o prestada y el resto del porcentaje reporta otra situación o no la especifica.

Respecto a las tecnologías de la información (TIC), el 47.9% tiene acceso a internet, el 49.8% tiene acceso a televisión de paga, el 47.2% tiene acceso a una computadora, el 86.6% tiene acceso a un teléfono celular y el 52.2% tiene un teléfono fijo.

Respecto a la educación, el 98.9% de las personas entre 15 y 24 años reporta que sabe leer y escribir. El 44.2% de la población tiene una educación básica, el 23% una educación media y el 29.8% una superior. Únicamente el 2.7% reporta que no tiene escolaridad.

En el tema de la economía, la población económicamente activa, corresponde al 55.8% de la población total; de este 100%, el 59.7% es hombre y el 40.3% es mujer. El 44.1% restante corresponde a la población no económicamente activa, compuesta por el 39.3% de estudiantes, 40.5% de personas que se dedican al hogar, 10.3% jubilados o pensionados, 3.3% personas con alguna limitación física o mental que les impide trabajar y el 6.6% de personas en otras actividades no económicas.

## 5.2. Tamazunchale

Tamazunchale tiene una población total de 92 291 habitantes, de los cuáles el 49.1% es hombre y el 50.9% es mujer. La mediana de edad es de 25. La mayoría de las personas cuenta con acta de nacimiento, el 99% de la población reporta que tiene acta, el 0.6% no tiene acta, y el resto se encuentra registrado en otro país o no se especifica.

---

<sup>191</sup> INEGI, “Panorama sociodemográfico de San Luis Potosí”, [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/inter\\_censal/panorama/702825082345.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/panorama/702825082345.pdf), consultado el 8 de julio de 2019.

En total hay 22 336 viviendas ocupadas; el promedio de habitantes por vivienda es de 4.1 personas y el promedio de habitantes por cuarto es de 1.3. En cuanto a la disponibilidad de los servicios, el 31.9% reporta que tiene agua entubada, el 77.2% tiene drenaje, el 98.5 cuenta con servicio sanitario, y el 97.5% cuenta con electricidad. El 87.4% reporta tener una casa propia, el 2.8% una casa alquilada, el 8.5% una casa familiar o prestada y el resto se encuentra en otra situación o no especifica.

En cuanto a la disponibilidad de las TIC, el 6.5% cuenta con acceso a internet, el 34.5% tiene televisión de paga, el 10% tiene una computadora, el 52.2% tiene un celular y el 16% tiene un teléfono fijo.

En cuanto a la educación, el 97.3% de las personas de 15 a 24 años reporta que sabe leer y escribir y el 74.4% de las personas mayores de 25 años reporta lo mismo. El 61.7% tiene una educación básica, el 16.6% una educación media, el 8.7% una educación superior y el 12.4% no tiene ninguna escolaridad.

Respecto a la economía, únicamente el 32.7% de la población es económicamente activa y del 100% de este sector, el 76.1% es hombre y el 23.9% es mujer. El restante 67.2% de la población no es económicamente activa, y del 100% de este porcentaje, el 28.1% es estudiante, el 45.3% se dedica al hogar, el 1.4% es jubilado o pensionado, el 3.2% es una persona con alguna limitación física o mental que le impide trabajar y el 24% de personas que se dedican a otras actividades no económicas.

## 6. Aspectos éticos

- Los resultados de la investigación, pueden acercar al conocimiento de la realidad que viven las personas con VIH, ya que debido a su padecimiento, se encontrarán en tratamiento por el resto de su vida. Lo anterior exige que las personas involucradas en su salud, se encuentren preparadas, con los conocimientos necesarios para atenderlos, libres del estigma y la discriminación.

Por lo anterior, el estudio arrojó información que podría ayudar a clarificar cuál es la situación respecto a conocimientos y actitudes sobre el VIH en enfermeros/as y psicólogos/as en formación. De esta manera, se puede contribuir a visibilizar un problema y tomar las medidas necesarias que, en un futuro, ayudarán a garantizar una

vida libre de estigma y discriminación y el derecho a la salud en todos los aspectos que la misma abarca. Así mismo, con los resultados del estudio, se pretende sensibilizar y mejorar la formación de los médicos, enfermeros/as y psicólogos/as que se encuentran en formación, para que puedan cumplir los objetivos de salvaguardar la salud e integridad de sus pacientes.

- El nivel de riesgo para la población de investigación es nulo, ya que a los estudiantes se les aplicaron instrumentos de evaluación donde se indagó en sus conocimientos, actitudes o concepciones sobre su formación académica, conocimientos sobre VIH y el trato hacia las personas que viven con VIH.
- Se ofreció contención inmediata a los alumnos que así lo necesitaran después de las aplicaciones, así como una dirección electrónica de contacto para dar seguimiento en caso de ser necesario.
- La población de estudio no incluyó a personas con dificultades para consentir.
- La investigación no se realizó en ninguna comunidad.
- Los instrumentos de medición que se emplearon para la recolección de datos, no implicaron riesgos en el procedimiento para la salud o de ningún otro tipo las personas participantes.
- Se tomaron precauciones para resguardar la intimidad de las personas que participaron en la investigación, así como la confidencialidad de su información personal. Para lograr esto, se manejó un número de folio para cada uno de los participantes, no se expusieron sus nombres o algún dato que pudiera comprometer su seguridad y confidencialidad. La difusión de los resultados se realizó de manera individual en caso de quisieran conocerlos, y en los resultados públicos y finales de la investigación, jamás fueron expuestos nombres o datos específicos de las personas participantes.
- Los establecimientos donde se llevó a cabo la recolección de los datos de enfermeros/as y el psicólogos/as en formación, fueron las instalaciones de la Facultad de Enfermería y la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.
- No existen conflictos de interés dentro de la presente investigación. Se anexa carta de no conflicto de intereses.

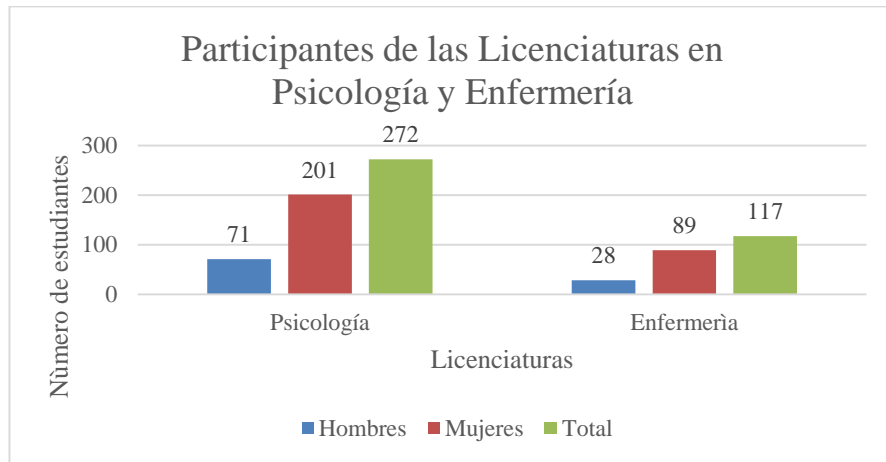
- No existe una retribución monetaria para los investigadores (alumno/a, director, asesores y colaboradores).
- Los derechos de autor y coautoría están debidamente especificados. Se anexa carta de derechos de autor y coautoría.
- Los intereses y el bienestar de los participantes son importantes y una prioridad para esta investigación, es por ello que se apegó a los principios de Helsinki para promover y asegurar el respeto a la salud y los derechos de los participantes aún por encima de la realización de la investigación. Dichos principios pueden consultarse en el siguiente enlace: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>
- La Declaración Universal de los Derechos Humanos, emite en su artículo 1º la dignidad y derechos de todos los seres humanos, sin distinción. El pacto Internacional de derechos civiles y políticos, en su artículo 26, consagra que todas las personas son iguales ante la ley y tienen derecho a la no discriminación por ninguna condición social. En el marco normativo nacional, la Comisión de Derechos Humanos extiende su compromiso para contribuir a garantizar los derechos humanos de las personas que viven con VIH. Los autores de esta investigación se comprometieron a respetar y trabajar bajo estas normativas, siendo conscientes de que las personas que viven con VIH constituyen un grupo social que ha sido vulnerado, por lo que se garantizó un trato igualitario, el respeto a la intimidad, y el derecho a la no discriminación. Los derechos pueden consultarse en el siguiente enlace: <https://cdhdf.org.mx/wp-content/uploads/2016/09/Deca%CC%81logo-Personas-que-viven-con-VIH.pdf>

## CAPÍTULO TERCERO: RESULTADOS

### 1. Caracterización de la muestra

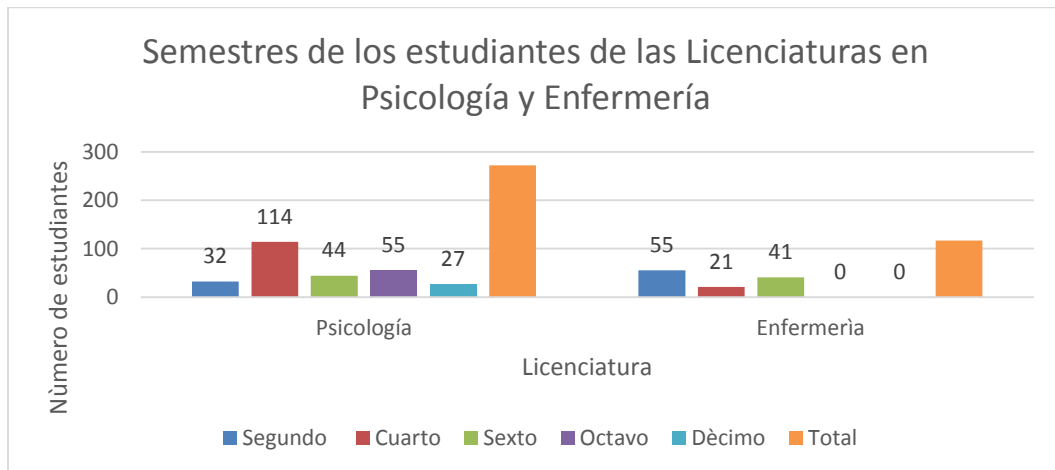
#### 1.1. Participantes de las Licenciaturas en Psicología y Enfermería

En la Figura 1 se puede observar el total de los estudiantes de las Licenciaturas en Psicología y en Enfermería que participaron en este proyecto; se destaca que en la Licenciatura en Psicología, el 26% de los participantes fueron hombres y el 74% de mujeres. Por otro lado, en la Licenciatura en Enfermería, el 24% de los participantes fueron hombres y 76% mujeres.



*Figura 1 Total de los participantes de las Licenciaturas en Psicología y Enfermería. Los datos corresponden a frecuencias acumuladas.  
Figura de autoría propia*

#### 1.2. Semestres participantes de las Licenciaturas en Psicología y Enfermería



*Figura 2 Semestres de los estudiantes de las Licenciaturas en Psicología y Enfermería  
Figura de autoría propia*

Los estudiantes que participaron corresponden a los siguientes semestres, de acuerdo a lo que se puede observar en la Figura 2. En el total de los estudiantes participantes de la Licenciatura en psicología la mayoría fueron de cuarto semestre con 42%, seguido de octavo semestre con 20.2%. Por otro lado, los semestres que tuvieron la mayoría de los estudiantes participantes de la Licenciatura en Enfermería fueron 47% de segundo y 35% de sexto semestre. La muestra fue de los tres semestres presentados a continuación, ya que fueron los grupos facilitados por los directivos de la Universidad.

### 1.3. Edades y género de los participantes de las Licenciaturas en Psicología y Enfermería

Tabla 1

*Edades y Género de los Participantes de las Licenciaturas en Psicología y Enfermería*

<u>Edad</u>	<u>Hombres</u>	<u>Mujeres</u>	<u>Total</u>	<u>Edad</u>	<u>Hombres</u>	<u>Mujeres</u>	<u>Total</u>
17	0	5	5	17	0	1	1
18	13	18	31	18	3	16	19
19	11	38	49	19	4	32	36
20	15	39	54	20	8	22	30
21	12	42	54	21	3	3	6
22	8	34	42	22	7	6	13
23	6	11	17	23	2	8	10
24	2	10	12	24	1	1	2
25	1	2	3	Total:	28	89	117
26	1	1	2				
27	1	1	2				
28	1	0	1				
Total:	71	201	272				

*Notas:* La tabla expone el número de estudiantes participantes por edad, divididos entre sexo (hombres o mujeres), de ambas carreras.

Tabla de autoría propia

Como se puede observar en la tabla 1, la mayoría de los estudiantes de la Licenciatura en psicología tiene 20 años y llegan a tener hasta 28 años. Por su parte, los estudiantes de enfermería tienen una media de edad de 20 años y el estudiante de mayor edad tiene 24; debe recordarse que no fue posible aplicar el instrumento al último semestre, ya que no fue facilitado por la universidad.

En la tabla 2 se observa la media de edad y la desviación estándar de ambas carreras, siendo para psicología una media de 20.6 para hombres y 20.5 para mujeres, con una desviación estándar de 2.20 y 1.81 respectivamente. Por otro lado, para enfermería la media para los hombres es de 20.6 y para las mujeres 19.7, la desviación estándar es de 1.61 y 1.55, respectivamente.

Tabla 2

<i>Medias y Desviación Estándar de Edad</i>					
<i>Licenciatura en Psicología</i>			<i>Licenciatura en Enfermería</i>		
<u>Sexo</u>	<u>Media</u>	<u>Desviación estándar</u>	<u>Sexo</u>	<u>Media</u>	<u>Desviación estándar</u>
Hombres	20.6	2.2	Hombres	20.6	1.61
Mujeres	20.5	1.81	Mujeres	19.7	1.55

*Notas:* Medias y desviación estándar de la edad de los estudiantes de las licenciaturas en Psicología y Enfermería.

Tabla de autoría propia

#### 1.4. Preferencia sexual de los estudiantes de Psicología

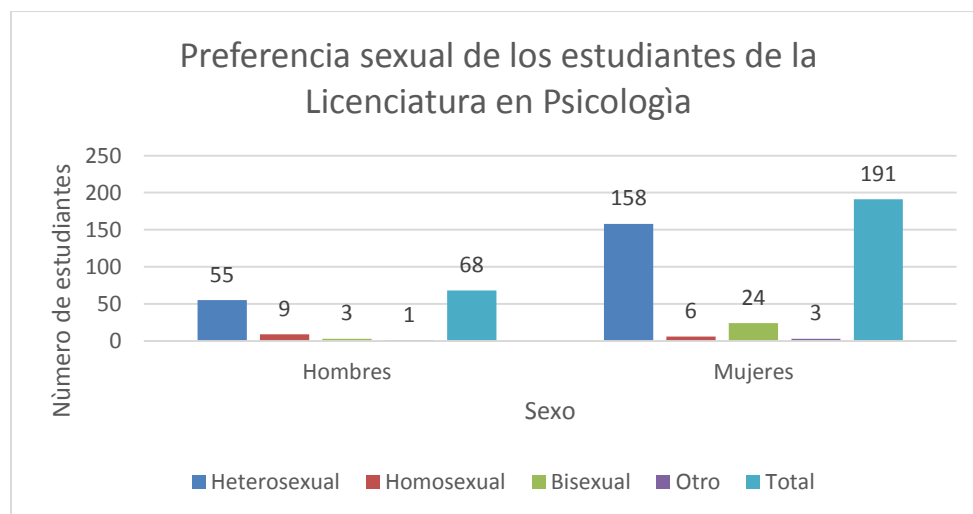
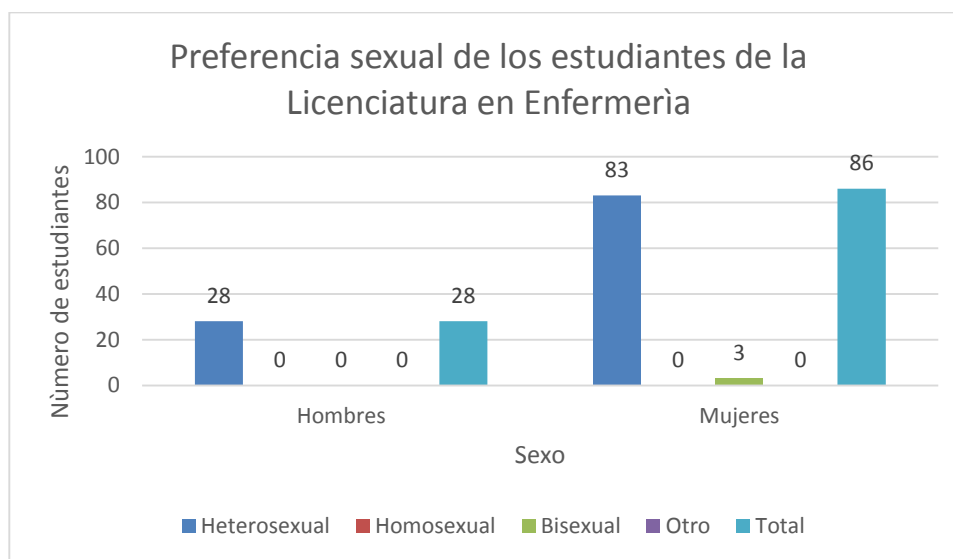


Figura 3 Preferencia sexual de los estudiantes de la Licenciatura en Psicología  
Figura de autoría propia

En la Figura 3 se puede observar la preferencia sexual de los estudiantes de la Licenciatura en psicología. De las 191 mujeres que respondieron, 82.8% refieren tener una preferencia heterosexual, 3.1% una preferencia homosexual, 12.5% una preferencia bisexual y 1.6% otra

preferencia. Por otro lado, de los 68 hombres que respondieron, 80.9% refieren tener una preferencia heterosexual, 13.3% tienen una preferencia homosexual, 4.4% tienen una preferencia bisexual y 1.4% otra preferencia

### 1.5. Preferencia sexual de los estudiantes de Enfermería



*Figura 4 Preferencia sexual de los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería  
Figura de autoría propia*

En la Figura 4, se puede observar la preferencia sexual de los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería. De las 86 mujeres que respondieron, 96.5% refieren tener una preferencia heterosexual y el 3.5% una preferencia bisexual. Por otro lado, de los 28 hombres que respondieron, el 100% reportó tener una preferencia heterosexual.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en las pruebas que corresponden a la parte cuantitativa de la investigación y de las entrevistas, que corresponden a la parte cualitativa.

## 2. Resultados cuantitativos

### 2.1. Comparativa entre los puntajes obtenidos por los semestres de la licenciatura en discriminación asociados al VIH.



A continuación, se presentan cuatro tablas que contienen los porcentajes de la frecuencia relativa con que los estudiantes de la licenciatura en Psicología y de la licenciatura en Enfermería respondieron en cada categoría, en todas tablas se observan los puntajes del primer instrumento: Estudio de estigma y discriminación asociados al VIH, siendo las primeras dos tablas para reportar los datos de Psicología y las últimas dos para los datos de Enfermería. Los porcentajes se dividieron en bajo, medio y alto, según las respuestas de los estudiantes, considerándose bajo un puntaje menor y alto, el puntaje mayor. Se realizó un índice sumativo por cada categoría y los valores de bajo, medio y alto fueron asignados según el criterio de la investigadora y el comité de tesis, de acuerdo a lo que se consideró más apropiado. Después de cada tabla se encuentra una breve explicación de los resultados.

### 2.1.1 Rol Gubernamental y Medidas y programas de prevención

*Tabla 3*

*Comparativa Entre los Diferentes Semestres de la Licenciatura en Psicología según las respuestas de los estudiantes*

Semestre	Rol Gubernamental			Medidas y programas de prevención		
	% bajo	% medio	% alto	% bajo	% medio	% alto
2	0	6.2	93.8	0	9.3	90.7
4	0	3.5	96.5	0	7	93
6	0	2.2	97.8	0	11.3	89
8	0	3.6	96.4	0	3.6	96.4
10	0	0	100	0	3.7	96.3

*Notas:* Categorías 1 y 2 del Instrumento 1 “Estudios de estigma y discriminación asociados al VIH”  
Tabla de autoría propia

La tabla 3 representa las categorías de Rol Gubernamental y Medidas y programas de prevención. Como se puede observar, los estudiantes obtuvieron puntajes altos en la categoría de Rol Gubernamental, lo que significa que están de acuerdo en que los medios de comunicación deben ofrecer información sobre VIH a la población, se debe proporcionar educación sobre VIH en los colegios y se deben promover más campañas educativas sobre VIH. El porcentaje bajo en esta categoría fue nulo, lo que determina que prácticamente todos los estudiantes están a favor de que el gobierno se ocupe de fortalecer la prevención del VIH e informar a la población.

Por otro lado, la categoría de Medidas y programas de prevención también obtuvo puntajes altos, lo que quiere decir que los estudiantes están de acuerdo con que se tomen medidas correspondientes para evitar la transmisión del VIH, como preservativos fácilmente disponibles para la población, incluidos los jóvenes, brindar los medicamentos pertinentes para prevenir y tratar el VIH, y atender a las poblaciones que se encuentran más en riesgo (por ejemplo hombres que tienen sexo con otros hombres o trabajadores sexuales) de manera que puedan prevenir el VIH.

Como se puede observar en ambas categorías, los porcentajes entre semestres no tienen mucha variabilidad, aunque en general tienden a aumentar de acuerdo con el semestre. Lo anterior significa que los alumnos/as están de acuerdo con lo que evalúa la escala, mejorando ligeramente conforme aumenta el semestre que se encuentran cursando.

#### 2.1.2. Actitudes de estigma y discriminación hacia PPV y Actitudes y prácticas hacia PC

Tabla 4

*Comparativa Entre los Estudiantes de Diferentes Semestres de la Licenciatura en Psicología*

Semestre	<u>Actitudes de estigma y discriminación hacia PVV</u>			<u>Actitudes y prácticas hacia PC</u>		
	% bajo	% medio	% alto	% bajo	% medio	% alto
2	0	34.4	65.6	3.1	21.9	75
4	0	30.7	69.3	0	29	70.1
6	0	31.8	68.2	0	31.8	68.2
8	0	12.7	87.3	0	23.6	76.4
10	0	28.6	70.4	0	29.6	70.8

*Notas:* Categorías 3 y 4 del Instrumento 1 “Estudios de estigma y discriminación asociados al VIH”  
Tabla de autoría propia

La tabla 4 representa las categorías de Actitudes de estigma y discriminación hacia personas viviendo con VIH y Actitudes y prácticas hacia las poblaciones clave. Como se puede observar, los estudiantes obtuvieron en su mayoría puntajes relativamente altos en la categoría de estigma y discriminación (aunque bajos comparados con los puntajes de las demás escalas) hacia las personas que viven con VIH, lo que significa que, si bien los estudiantes de psicología no tienen en su mayoría una actitud de estigma y discriminación, un tercio de ellos sí pueden presentarlas. Es decir, un tercio de los alumnos pueden presentar una ambivalencia sobre si las personas que viven con VIH deben estar en lugares públicos o no, en escuelas

públicas o no, o si las mujeres que viven con VIH deberían tener o no hijos. Como se puede observar, los puntajes más altos fueron obtenidos por octavo semestre, aunque bajaron en el décimo.

Por otro lado, los estudiantes obtuvieron, en su mayoría, puntajes relativamente altos en actitudes y prácticas hacia las poblaciones clave, lo que significa que tienen buena aceptación hacia las personas que se definen como homosexuales, transexuales o que se dedican al trabajo sexual. La mayoría de los estudiantes está a favor de tratarlos con dignidad y respetar sus derechos independientemente de su ocupación o estilo de vida, aunque un tercio de los alumnos, presentan actitudes no tan favorables. Como se puede observar, no existe mucha variabilidad en los porcentajes entre semestres, lo que podría indicar que los estudiantes tienen buena aceptación a la diversidad, independientemente del semestre que se encuentren cursando. A pesar de ser predominantes los valores altos, debe prestarse atención a los puntajes medios, ya que denotan cifras que podrían ser importantes.

Comparativa entre los puntajes obtenidos por los semestres de la licenciatura en Enfermería en las categorías del instrumento 1: Estudio de estigma y discriminación asociados al VIH.

### 2.1.1 Rol Gubernamental y Medidas y programas de prevención

Tabla 5

*Comparativa Entre los Estudiantes de Diferentes Semestres de la Licenciatura en Enfermería*

Semestre	<u>Rol Gubernamental</u>			<u>Medidas y programas de prevención</u>		
	% bajo	% medio	% alto	% bajo	% medio	% alto
2	1.8	1.8	96.4	1.8	20	78.2
4	0	0	100	0	9.6	90.4
6	0	7.3	92.7	0	12.2	87.8

*Notas:* Categorías 3 y 4 del Instrumento 1 “Estudios de estigma y discriminación asociados al VIH”  
Tabla de autoría propia

La tabla 5 corresponde a las categorías de Rol Gubernamental y Medidas y programas de prevención. Como se puede observar, los estudiantes obtuvieron puntajes altos en la categoría de Rol Gubernamental, lo que significa que la mayoría está de acuerdo en que los medios de comunicación deben ofrecer información sobre VIH a la población, se debe proporcionar educación sobre VIH en las escuelas de todos los niveles y se deben de promover más

campañas educativas sobre VIH. El porcentaje bajo en esta categoría fue nulo, lo que determina que prácticamente todos los estudiantes están a favor de que el gobierno se ocupe de fortalecer la prevención del VIH e informar a la población.

Por otro lado, en la categoría de medidas y programas de prevención, obtuvieron porcentajes más diversos. Segundo semestre obtuvo un puntaje relativamente más bajo que los semestres de cuarto y sexto, sin embargo, no se muestra mucha diferencia de puntaje entre estos últimos dos semestres. Lo anterior puede significar que los estudiantes de cuarto y sexto semestre están de acuerdo con que se tomen medidas correspondientes para evitar la transmisión del VIH, como preservativos fácilmente disponibles para la población, incluidos los jóvenes, brindar los medicamentos pertinentes para prevenir y tratar el VIH, y atender a las poblaciones que se encuentran más en riesgo (por ejemplo hombres que tienen sexo con otros hombres o trabajadores sexuales) de manera que puedan prevenir el VIH. Por su parte, los estudiantes de segundo semestre muestran una opinión mucho más variable en relación con si se deben o no tomar dichas medidas de prevención.

Como se ha mencionado, es importante recordar que no se pudo obtener la muestra del último semestre de la licenciatura en enfermería, debido a que el grupo no fue facilitado por la Universidad.

### 2.1.2. Actitudes de estigma y discriminación hacia PVV Y Actitudes y prácticas hacia PC

Tabla 6

*Comparativa Entre los Estudiantes de Diferentes Semestres de la Licenciatura en Enfermería*

Semestre	<u>Actitudes de estigma y discriminación hacia PVV</u>			<u>Actitudes y prácticas hacia PC</u>		
	% bajo	% medio	% alto	% bajo	% medio	% alto
2	0	74.5	25.5	0	36.4	63.6
4	0	38.1	61.9	0	28.6	71.4
6	0	63.4	36.6	0	43.9	56.1

*Notas:* Categorías 3 y 4 del Instrumento 1 “Estudios de estigma y discriminación asociados al VIH”

Tabla de autoría propia

La tabla 6 representa las categorías de Estigma y discriminación hacia las personas viviendo con VIH, y actitudes y prácticas hacia poblaciones clave por parte de los estudiantes de

enfermería. Como se puede observar en la categoría de actitudes de estigma y discriminación, los puntajes medios son los predominantes para segundo y sexto semestre mientras que, para cuarto semestre, prevalecieron los puntajes altos. Los alumnos pueden presentar ambivalencia sobre si las personas que viven con VIH deben estar en lugares públicos, en escuelas públicas o si las mujeres que viven con VIH deberían tener hijos o no. Los estudiantes de segundo y sexto semestre presentaron porcentajes medios en buena proporción.

Por otro lado, los estudiantes presentan puntajes relativamente altos en la categoría de actitudes y prácticas hacia poblaciones clave, lo que puede significar que los estudiantes tienen buena aceptación hacia las personas que se definen como homosexuales, transexuales o que se dedican al trabajo sexual. La mayoría de los estudiantes está a favor de tratarlos con dignidad y respetar sus derechos independientemente de su ocupación o estilo de vida; sin embargo, se observan puntajes medios que pueden ser indicadores de cierta ambivalencia sobre el tema. Como se puede observar, sexto semestre prácticamente se encuentra dividido entre puntajes medios y altos, por lo que se reporta como el semestre que puede presentar mayor ambivalencia o dudas sobre el tema.

2.2. Comparativa entre los puntajes obtenidos por los semestres de la licenciatura en Psicología en las categorías del instrumento 2: Herramientas de monitoreo de indicadores globales; midiendo estigma y discriminación hacia el VIH entre personas que trabajan en facilidades de salud.

2.2.1. Miedo a contraer VIH y prejuicios relacionados al VIH

Tabla 7

*Comparativa Entre los Diferentes Semestres de la Licenciatura en Psicología*

Semestre	<u>Miedo a contraer VIH</u>			<u>Estrategias y prejuicios relacionados al VIH</u>	
	% bajo	% medio	% alto	% bajo	% alto
2	3.1	21.9	75	3.1	96.9
4	0.9	29	70.1	4.4	95.6
6	0	31.8	68.2	0	100
8	0	23.6	76.4	1.8	98.2
10	0	29.6	70.4	3.7	96.3

*Notas:* Categorías 1 y 2 del Instrumento 2 “Herramienta de monitoreo de indicadores globales: Midiendo estigma y discriminación hacia el VIH entre personas que trabajan en facilidades de salud”  
Tabla de autoría propia

La Tabla 7 reporta los porcentajes de las categorías de Miedo a contraer VIH y de Estrategias y prejuicios relacionados al VIH. Se les pidió a los estudiantes que imaginaran cómo sería si ellos tuvieran que brindar atención médica a una persona que vive con VIH, si tuvieran que realizar actividades como tomar temperatura, sacar sangre, vendarlos, etc. Como se puede observar, en la categoría de miedo a contraer VIH, los estudiantes obtuvieron porcentajes relativamente altos, lo que significa que la mayoría de los estudiantes de psicología no reporta miedo al atender a una persona que viva con VIH. Sin embargo, hay puntajes medios que podrían ser significativos y que denotan actitudes de miedo en los estudiantes. Los puntajes no tuvieron mucha variación, por lo que es posible que el semestre no influya en los puntajes.

Por otro lado, en la categoría de estrategias y prejuicios relacionados al VIH, únicamente se reportan puntajes bajos y altos, (no hay medios), ya que es una escala dicotómica. Los alumnos de psicología obtuvieron en su mayoría puntajes altos, ya que reportan que existen prácticas que consideran innecesarias al atender a una persona que vive con VIH como usar guantes o evitar el contacto físico. De la misma manera, están conscientes de que no deberían discriminar a una persona viviendo con VIH, ya que estarían en problemas en su centro académico o de trabajo si así lo hicieran.

### 2.2.2. Estigma y discriminación observado y secundario, y Política y ambiente de trabajo

Tabla 8

*Comparativa Entre los Estudiantes de Diferentes Semestres de la Licenciatura en Psicología*

Semestre	<u>Estigma y discriminación observado y secundario</u>		<u>Política y ambiente de trabajo</u>		
	% bajo	% alto	% bajo	% medio	% alto
2	53.1	46.9	0	21.9	78.1
4	67.5	32.5	0	20.2	79.8
6	77.3	22.7	0	20.5	79.5
8	67.3	32.7	0	14.5	85.5
10	66.7	29.6	0	26	74

*Notas:* Categorías 3 y 4 del Instrumento 2 “Herramienta de monitoreo de indicadores globales: Midiendo estigma y discriminación hacia el VIH entre personas que trabajan en facilidades de salud”  
Tabla de autoría propia

La tabla 8 reporta los puntajes de las categorías de Estigma y discriminación observado y secundario, y de Política y ambiente de trabajo. Como se puede observar, en la categoría de Estigma y discriminación observado y secundario únicamente se reportan puntajes bajos o altos, ya que la escala es dicotómica. Los puntajes son muy variados entre los semestres siendo sexto quien reporta el puntaje más bajo y quienes más consideran que sí existen o han escuchado sobre profesionales de la salud que se rehúsan a atender a un paciente que vive con VIH, que tienen una mala actitud o que realizan comentarios negativos sobre ellos/as. Los semestres cuarto, sexto, octavo y décimo no tienen mucha variación en sus respuestas, sin embargo, sí hay un porcentaje considerable de estudiantes que han escuchado u observado estas muestras de estigma o discriminación hacia personas que viven con VIH.

Por otro lado, la categoría de política y ambiente de trabajo reporta puntajes altos en su mayoría, lo que significa que los estudiantes consideran que hay recursos adecuados como material de trabajo, procedimientos o protocolos en sus escuelas o trabajos para evitar adquirir VIH.

2.3. Comparativa entre los puntajes obtenidos por los semestres de la licenciatura en Enfermería en las categorías del instrumento 2: Herramientas de monitoreo de indicadores globales; midiendo estigma y discriminación hacia el VIH entre personas que trabajan en facilidades de salud.

2.3.1. Miedo a contraer VIH y Estrategias y prejuicios relacionados al VIH

Tabla 9

*Comparativa entre los estudiantes de diferentes semestres de la licenciatura en Enfermería*

Semestre	<u>Miedo a contraer VIH</u>			<u>Estrategias y prejuicios relacionados al VIH</u>	
	% bajo	% medio	% alto	% bajo	% alto
2	0	51	49	7.3	92.7
4	0	38.1	61.9	9.5	90.5
6	4.9	56.1	39	34.1	65.9

*Notas:* Categorías 1 y 2 del Instrumento 2 "Herramienta de monitoreo de indicadores globales: Midiendo estigma y discriminación hacia el VIH entre personas que trabajan en facilidades de salud"  
Tabla de autoría propia

La tabla 9 reporta los puntajes de las categorías Miedo a contraer VIH y de Estrategias y prejuicios relacionados al VIH. Como se puede observar, los alumnos reportan puntajes entre

medios y altos, lo que significa que la mayoría manifiesta miedo a contraer VIH a través de prácticas cotidianas, como podría ser colocar vendajes, tomar muestras de sangre o tomar la temperatura de las personas que viven con VIH.

Por otro lado, en la categoría de estrategias y prejuicios relacionados al VIH, únicamente se encuentra las opciones de bajos y altos, ya que es una escala dicotómica. Los estudiantes de segundo y cuarto semestre obtuvieron puntajes altos, lo que significa que consideran que en su escuela o área de trabajo tienen los recursos necesarios para evitar la transmisión del VIH, como lo son material de trabajo, protocolos o procedimientos. Sin embargo, los estudiantes de sexto semestre reportan índices significativos de que su escuela o área de trabajo no cuenta con los recursos correspondientes para evitar la transmisión del VIH.

### 2.3.2. Estigma y discriminación observado y secundario y Política y ambiente de trabajo

Tabla 10

*Comparativa entre los estudiantes de diferentes semestres de la licenciatura en Enfermería*

Semestre	<u>Estigma y discriminación observado y secundario</u>		<u>Política y ambiente de trabajo</u>		
	% bajo	% alto	% bajo	% medio	%alto
2	81.9	18.1	0	25.5	55.5
4	95.2	4.8	9.5	28.6	61.9
6	78	22	0	36.6	63.4

Notas: Categorías 3 y 4 del Instrumento 2 "Herramienta de monitoreo de indicadores globales: Midiendo estigma y discriminación hacia el VIH entre personas que trabajan en facilidades de salud"  
Tabla de autoría propia

La tabla 10 reporta los puntajes de las categorías Estigma y discriminación observado y secundario, y de Política y ambiente de trabajo. Como se puede observar, en la categoría de estigma y discriminación observado y secundario únicamente se reportan puntajes bajos o altos, ya que la escala es dicotómica. Los puntajes no son muy variados entre los semestres siendo sexto quien reporta el puntaje más bajo pues consideran que sí existen o han escuchado sobre profesionales de la salud que se rehúsan a atender a un paciente que vive con VIH, que



tienen una mala actitud o que realizan comentarios negativos sobre ellos. Puede observarse que en todos los semestres hay un porcentaje considerable de estudiantes que han escuchado u observado estas muestras de estigma o discriminación hacia personas que viven con VIH.

Por otro lado, la categoría de política y ambiente de trabajo reporta puntajes relativamente altos, lo que significa que en general, los estudiantes consideran que hay recursos adecuados como material de trabajo, procedimientos o protocolos en sus escuelas o trabajos para evitar adquirir VIH; sin embargo se puede observar un porcentaje considerable de estudiantes que refiere que no hay dichos procedimientos disponibles en su escuela o unidad de trabajo, sobre todo así lo consideran los estudiantes de cuarto semestre.

## 2.4. Comparativa entre los puntajes por género

### 2.4.1. Psicología

Tabla 11

*Instrumento 1: Estudio de estigma y discriminación asociado al VIH*

	Hombres			Mujeres		
	% bajo	% medio	% alto	% bajo	% medio	% alto
Rol Gubernamental	0	7	93	0	2	98
Medidas y programas de prevención	0	7	93	0	7.5	92.5
Actitudes de estigma y discriminación hacia PVV	0	40.8	59.2	0	22.9	77.1
Actitudes y prácticas hacia PC	0	18.3	81.7	1	6.5	92.5

*Notas:* Se presenta el porcentaje obtenido en el instrumento por hombres y mujeres de la Licenciatura en Psicología

Tabla de autoría propia

Como se puede observar en la tabla 11, los porcentajes entre hombres y mujeres para la categoría de Rol Gubernamental son similares, únicamente varían un 5% en el puntaje alto, lo que significa que tanto hombres como mujeres, consideran que el gobierno debe desempeñar un rol fundamental en la educación sobre VIH. Están de acuerdo con que se debe ofrecer más información a la población sobre VIH y cómo prevenirlo a través de los medios de comunicación, así como a favor de dar educación a los y las jóvenes en las escuelas y promover más campañas educativas sobre VIH en general.

Respecto a medidas y programas de prevención, prácticamente no varían los porcentajes entre hombres y mujeres, ambos están de acuerdo en que los insumos de protección deben estar fácilmente disponibles para la población, incluidos los jóvenes, que el gobierno se encuentra obligado a proporcionar el medicamento a las personas que viven con VIH, que deben existir más programas de prevención del VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres y en personas trabajadoras y trabajadoras sexuales.

Por otra parte, en la categoría de actitudes de estigma y discriminación hacia personas viviendo con VIH, se tienen los puntajes más bajos. Los puntajes predominantes son medios, lo que indica que un considerable número de estudiantes recurre a pensamientos estigmatizantes o de discriminación, principalmente los hombres, ya que tienen un 18% de puntajes medios más que las mujeres. Los alumnos pueden encontrarse en ambivalencia sobre si los niños y niñas con VIH deberían interactuar en escuelas con otros niños y niñas, compartir los mismos espacios públicos con otras personas o si las mujeres que viven con VIH deberían de tener hijos o no.

Para la última categoría de Actitudes y prácticas a poblaciones clave, los estudiantes tuvieron puntajes altos en su mayoría; sin embargo, a diferencia de las mujeres, los hombres tuvieron puntajes más bajos, lo que indica que son más propensos a tener más pensamientos de estigma y discriminación hacia poblaciones clave, como lo son las personas homosexuales, transexuales, trabajadores o trabajadoras sexuales.

*Tabla 12*

*Instrumento 2: Herramienta de monitoreo de indicadores globales; midiendo estigma y discriminación hacia el VIH entre personas que trabajan en centros de salud.*

	Hombres			Mujeres		
	% bajo	% medio	% alto	% bajo	% medio	% alto
Miedo a contraer VIH	0	38	62	1	23.9	75.1
Estrategias y prejuicios relacionados a PVV	-	7	93	-	1.5	98.5
Estigma y discriminación observado y secundario	-	70.4	29.6	-	66.2	33.8
Política y ambiente de trabajo	0	26.8	73.2	0	17.4	82.6

*Notas:* Se presenta el porcentaje obtenido en el instrumento por hombres y mujeres de la Licenciatura en Psicología

Tabla de autoría propia

En la categoría de Miedo a contraer VIH, se les preguntó a los estudiantes que se imaginaran atendiendo a los pacientes que viven con VIH y haciendo diversas acciones, como tomarles la temperatura, tocar su ropa o colocar algún vendaje. Aunque la mayoría de los puntajes fueron altos, es decir, la mayoría de los estudiantes no tendría miedo a realizar ciertas opciones, también hubo puntajes medios considerables, es decir, algunos estudiantes muestran matices de miedo al atenderlos. Se puede observar que los hombres tienen un porcentaje más alto de miedo que las mujeres.

La categoría de Estrategias y prejuicios relacionados PVV, es una escala dicotómica. Como se puede observar, la mayoría de los estudiantes tiene puntajes altos, es decir, no utilizaría medidas de protección al atender a un paciente en consulta como psicólogo, como lo son utilizar guantes, o evitar el contacto físico con ellos, pues los considera innecesarios. Solo un pequeño porcentaje de estudiantes tiene un porcentaje medio, lo que significa que, sobre todo los hombres, sí utilizarían estas medidas.

La categoría de Estigma y discriminación observada y secundaria es una escala dicotómica. Como se puede observar, la mayoría de los estudiantes responde que nunca o prácticamente nunca han visto o han escuchado de personas que trabajan en el ámbito de salud que se rehúsen a atender a una persona que vive con VIH o que está realizando mal su trabajo, tiene una mala actitud o hace comentarios despectivos hacia las personas que viven con VIH. Sin embargo, hay un porcentaje significativo de hombres y mujeres, casi por igual, que han escuchado o sido testigos de actos de discriminación de este tipo en los centros de salud.

En la categoría de Política y ambiente de trabajo, los estudiantes consideran que, en su mayoría, cuentan con los recursos materiales y de procedimientos que requieren para atender a personas que viven con VIH. Los hombres tienen una percepción menos positiva en este aspecto en comparación con las mujeres.

## 2.4.2. Enfermería

Tabla 13

*Instrumento 1: Estudio de estigma y discriminación asociado al VIH*

	Hombres			Mujeres		
	% bajo	% medio	% alto	% bajo	% medio	% alto
Rol Gubernamental	0	7.1	92.9	1.1	2.2	96.7
Medidas y programas de prevención	0	10.7	89.3	1.1	16.9	82
Actitudes de estigma y discriminación hacia PVV	0	64.3	35.7	0	64	36
Actitudes y prácticas hacia PC	0	50	50	0	33.7	66.3

*Notas:* Se presenta el porcentaje obtenido en el instrumento por hombres y mujeres de la Licenciatura en Enfermería

Tabla de autoría propia

Como se puede observar en la tabla 13, los porcentajes entre hombres y mujeres para la categoría de Rol gubernamental son similares, únicamente varían menos del 5% en el puntaje alto, lo que significa que prácticamente tanto hombres como mujeres consideran que el gobierno debe desempeñar un rol fundamental en la educación sobre VIH. Están de acuerdo con que se debe ofrecer más información a la población sobre VIH y cómo prevenirlo a través de los medios de comunicación, así como a favor de dar educación a los y las jóvenes en las escuelas y promover más campañas educativas sobre VIH en general.

Respecto a Medidas y programas de prevención, los porcentajes entre hombres y mujeres varían poco, ambos están de acuerdo en que los insumos de protección deben estar fácilmente disponibles para la población, incluidos los jóvenes, que el gobierno se encuentra obligado a proporcionar el medicamento a las personas que viven con VIH, que deben existir más programas de prevención del VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres y en personas trabajadoras y trabajadoras sexuales. Sin embargo, un porcentaje reducido de estudiantes no se encuentra del todo de acuerdo con alguna o algunas de estas opciones de medidas y programas de prevención.

Por otra parte, la categoría de Actitudes de estigma y discriminación hacia personas viviendo con VIH, es la que tiene los puntajes más bajos. Los puntajes son predominantemente medios, lo que indica que la mayoría de los estudiantes recurre a

pensamientos estigmatizantes o de discriminación y no hay diferencia entre hombres y mujeres. Los alumnos pueden encontrarse en ambivalencia sobre si los niños y niñas con VIH deberían interactuar en escuelas con otros niños, compartir los mismos espacios públicos con otras personas o si las mujeres que viven con VIH deberían de tener hijos o no.

Para la última categoría de Actitudes y prácticas a poblaciones clave, los hombres tuvieron por igual puntajes medios y altos, lo que representa pensamientos estigmatizantes hacia las poblaciones clave como lo son las personas homosexuales, transexuales, trabajadores o trabajadoras sexuales. Por su parte, las mujeres tuvieron puntajes más altos, lo que indica que en comparación con los hombres, tienen pensamientos menos estigmatizantes hacia las poblaciones clave, sin embargo, se puede observar un porcentaje significativo en puntajes medios lo que refiere que también pueden presentar dichos pensamientos de estigma y discriminación.

Tabla 14

*Instrumento 2: Herramienta de monitoreo de indicadores globales; midiendo estigma y discriminación hacia el VIH entre personas que trabajan en centros de salud.*

	Hombres			Mujeres		
	% bajo	% medio	% alto	% bajo	% medio	% alto
Miedo a contraer VIH	7.1	64.3	28.6	0	46	54
Estrategias y prejuicios relacionados a PVV	-	28.6	71.4	-	13.5	86.5
Estigma y discriminación observado y secundario	-	82.1	17.9	-	83.1	16.9
Política y ambiente de trabajo	3.6	39.3	57.1	1.1	39.3	59.6

*Notas:* Se presenta el porcentaje obtenido en el instrumento por hombres y mujeres de la Licenciatura en Enfermería

Tabla de autoría propia

Como se puede observar en la tabla 15, en la categoría de Miedo a contraer VIH se les preguntó a los estudiantes si sentirían miedo al atender a pacientes que viven con VIH y realizar diversas acciones como tomarles la temperatura, tocar su ropa o colocar algún vendaje o tomar muestras sanguíneas. Se puede observar que la mayoría de los puntajes de los hombres fueron medios, es decir, la mayoría de los estudiantes hombres tendría miedo a realizar alguna o varias de estas actividades. Aunque el porcentaje de bajo es mínimo, sí hay alumnos que muestran miedo intenso a realizar estas actividades. Por otro lado, las mujeres

presentan puntajes más altos, lo que indican que tendrían menos miedo que los hombres a realizar ciertas acciones, sin embargo, también hubo puntajes medios considerables, es decir, algunas estudiantes muestran matices de miedo al atenderlos.

La categoría de Estrategias y prejuicios relacionados PVV, es una escala dicotómica, donde las respuestas son sí o no. Como se puede observar, la mayoría de los estudiantes tiene puntajes altos, es decir, no utilizarían medidas extremas de protección al atender a una persona que vive con VIH, como lo son utilizar dobles guantes, o evitar el contacto físico con ellos, pues los considera innecesario. Sin embargo, un porcentaje de estudiantes tiene un puntaje medio, lo que significa que, sobre todo los hombres, si utilizarían estas medidas.

La categoría de Estigma y discriminación observada y secundaria es una escala dicotómica. Como se puede observar, la mayoría de los estudiantes tiene puntajes medios, lo que significa que la mayoría ha sido testigo o ha escuchado sobre personas dedicadas al cuidado de la salud realizar comentarios despectivos hacia una persona que vive con VIH o realizar actos que no debería, como rehusarse a atender a alguien. El porcentaje entre hombres y mujeres prácticamente no varía.

En la categoría de Política y ambiente de trabajo, los estudiantes consideran que, en su mayoría, cuentan con los recursos materiales y de procedimientos que requieren para atender a personas que viven con VIH, hombres y mujeres tienen una percepción similar. Sin embargo, un porcentaje considerable cree que hacen falta recursos

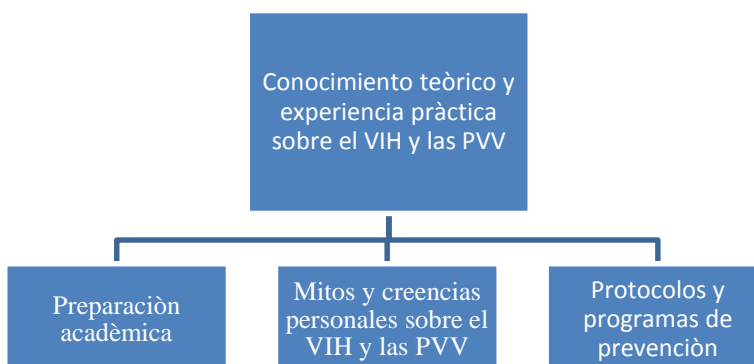
### 3. Resultados cualitativos

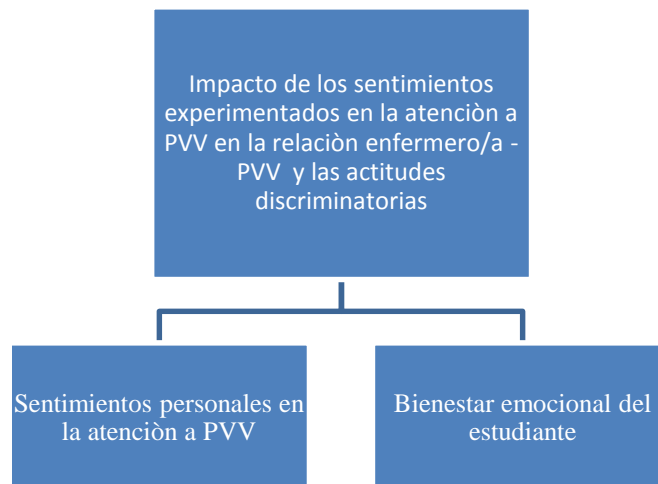
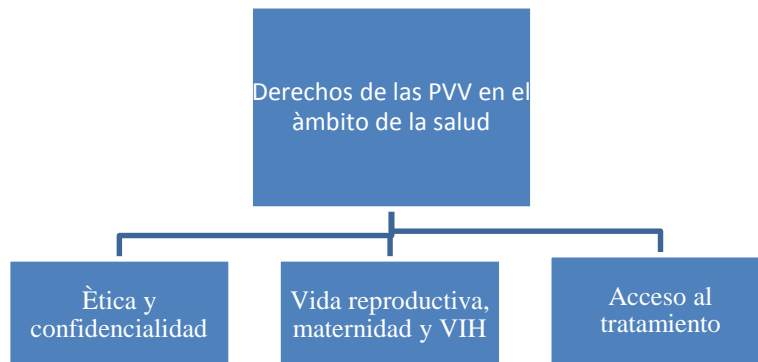
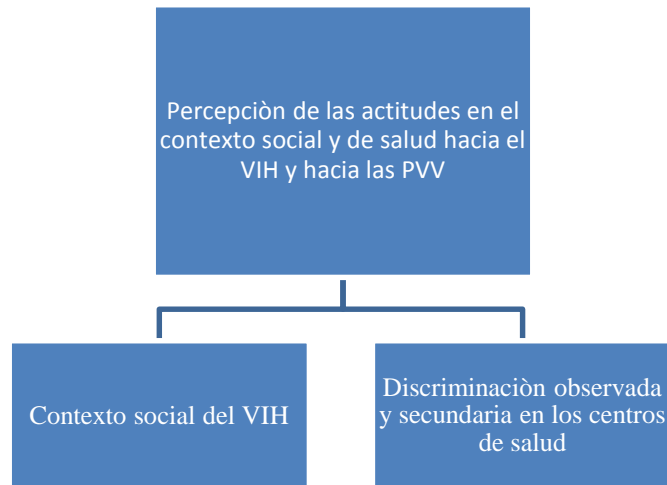
#### 3.1. Resultados de las entrevistas a los estudiantes de la licenciatura en Enfermería de las categorías del instrumento 1: Estudio de estigma y discriminación asociados al VIH

En el siguiente apartado se pueden observar 10 categorías obtenidas por medio de una codificación abierta, meramente descriptivas, obtenidas de las entrevistas realizadas a los estudiantes de enfermería y cuyos códigos se saturaron con la información de las mismas.

Preparación académica	Discriminación observada y secundaria en el centro de salud	Acceso al tratamiento
Contexto social del VIH	Ética y confidencialidad	Protocolos y programas de prevención
Sentimientos personales en la atención de PVV	Vida reproductiva, maternidad y VIH	Mitos y creencias personales sobre el VIH y las PVV
Bienestar emocional del estudiante		

A partir de las categorías de las categorías descriptivas, se crearon las categorías analíticas, que permiten relacionar la información que se ha encontrado, por medio de la codificación axial para enlazar categorías de acuerdo a sus propiedades y dimensiones. Las categorías analíticas son creadas con base en los códigos obtenidos por el análisis de las entrevistas y son las siguientes:







En los diagramas anteriores se pueden observar las categorías analíticas seguidas de las categorías descriptivas que les dieron origen. A continuación, se desarrollará a profundidad cada una de las categorías finales.

### 3.1.1. Conocimiento teórico y experiencia práctica sobre el VIH y las PVV

A lo largo de su carrera y experiencia profesional, es posible que los estudiantes de enfermería deban brindar atención a una persona que viva con VIH. Como con cualquier otro paciente, los enfermeros/as deberán atenderlo adecuadamente, satisfaciendo sus necesidades y brindando una atención de calidad. Es ideal que a lo largo de la preparación académica, el estudiante vaya adquiriendo conocimiento teórico y experiencia práctica en la atención de diversas enfermedades y padecimientos, entre ellos el VIH.

El VIH ha sido catalogado como un problema de salud pública y las PVV están expuestas al estigma y a la discriminación, lo que hace aún más complicado su tratamiento y prevención. Ante este contexto, el estudiante de enfermería se enfrenta con la atención del VIH y algunas veces no tienen el conocimiento ni la preparación para hacerlo, lo que representa un desafío para el estudiante proporcionar cuidados de calidad y el poner a prueba sus conocimientos, actitudes o percepciones sobre el VIH.<sup>192</sup>

Se les preguntó a los estudiantes si consideraban que en su universidad los preparaban para atender a PVV, e hicieron evidente la falta de preparación teórica y práctica que tienen sobre el tema.

*“Prepararnos pues no, solo nos mencionan que si nos encontramos con un paciente con VIH pues tratarlo con dignidad, brindarle una atención de calidad porque, así de atención dirigida a un paciente con VIH directo pues no dan una atención dirigida tal cual, (la escuela a los alumnos) me agradaría que lo hicieran, pero lo que pasa es que es más conocer por nuestra parte y preguntar a las enfermeras.” (E3, p1)*

*“Mmmm, brevemente si, (risas), porque quizá solo fue una clase donde vimos algunas de las precauciones y cuidados especiales que debemos brindarle a*

---

<sup>192</sup> Irma Conejeros et al., “Conocimientos, actitudes y percepciones de enfermeros y estudiantes de enfermería hacia VIH/SIDA”, *Investigación y educación en enfermería*, 2010, núm. 3, p. 346.

*esos pacientes en particular, solo una clase en biomédicas y en cuidados de enfermería. En biomédicas se ve cómo se contraen, las vías y eso y en cuidados, pues las intervenciones que podemos aplicar con ellos, pero nos hace falta preparación.” (E5, p1)*

Así mismo, es bien sabido que los protocolos para la atención de una PVV en los centros de salud, son importantes. Los estudiantes deben conocer cuál es el procedimiento para la atención de una PVV. Los protocolos son necesarios para mejorar la calidad del ejercicio clínico, orientar la toma de decisiones clínicas, disminuir la variación indeseada del ejercicio clínico, promover el manejo integral del paciente con medidas en todos los niveles de atención, entre otras funciones importantes.<sup>193</sup>

Al preguntar a los estudiantes sobre si consideran importante la utilización de protocolos para la atención de PVV en las instituciones educativas o en los centros de salud, comentan que efectivamente, son muy importantes, sin embargo, mencionan que tienen poco o nulo conocimiento sobre protocolos de actuación y aunado a esto, tampoco conocen leyes o políticas públicas que protejan a las PVV en el ejercicio médico.

*“Si son importantes, principalmente nos dan un protocolo a seguir, brinda seguridad sobre los cuidados que debemos tener hacia al paciente y no solo hacia al paciente sino hacia nuestra persona. Sería necesario un protocolo de atención para protegernos principalmente” (E3, p1)*

*“No conozco ningún protocolo, hasta ahora no nos han brindado ninguna información en la escuela” (E4, p1)*

El poco o nulo conocimiento sobre el VIH, puede llevar a tener creencias erróneas o a formar mitos respecto a la transmisión del virus. El VIH y el sida siempre han sido un virus y un síndrome misteriosos que han causado incertidumbre. En el pasado, cuando no se tenía mucha información sobre el tema y sobre el tratamiento, millones de personas murieron a causa del sida, lo que provocó pánico en la población. Existían muchas preguntas sin responder, incluso en la actualidad todavía las hay, lo que ha provocado que se formule

---

<sup>193</sup> Angélica Román, “Guías clínicas, vías clínicas y protocolos de atención”, <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Series/GES01/5436>, consultado el 15 de agosto de 2019.

información errónea acerca del tema.<sup>194</sup> El no conocer las formas de transmisión, la diferencia entre VIH o sida, el tratamiento de éste y demás aspectos sobre el VIH y el sida, pueden llevar a compartir información errónea sobre el mismo.

Al preguntar a un estudiante si consideraba que las personas estuvieran en riesgo al estar cerca de una PVV, responde lo siguiente:

*“No, siempre y cuando no tengan relaciones sexuales con ellos” (E2, p3)*

Lo anterior puede considerarse un mito, ya que, teniendo los cuidados necesarios, una PVV puede tener relaciones sexuales sin poner en riesgo a su o sus parejas sexuales.

Al preguntar a un estudiante el por qué consideraba que las personas adquirirían el virus, responde lo siguiente:

*“(…) por tener una vida muy promiscua, muchas parejas, yo creo eso.” (E3, p4)*

Si bien mantener relaciones sexuales con varias parejas puede ser un factor de riesgo, no necesariamente tiene que serlo si se es cuidadoso con las prácticas sexuales y se toman las medidas de prevención necesarias, como el uso de preservativo. Una persona puede adquirir el VIH siendo monógama, por lo que tener muchas parejas sexuales no debe ser sinónimo de adquirir VIH con mayor facilidad.

Además de la falta de conocimiento o conocimiento erróneo, el rechazo a las PPV también se da por ideas preconcebidas. Algunos expertos han llegado a llamar a este fenómeno VIH social, y el credo o la religión puede ser parte de esto, ya que puede llevar a las personas a señalar el significado de vivir con VIH.<sup>195</sup> Cada religión tiene su forma de pensar acerca de la sexualidad y lo relacionado con ella, por ejemplo, la religión católica que tiene millones de seguidores por el mundo, fundamenta como protección la abstinencia sexual fuera del matrimonio y la fidelidad en el matrimonio durante toda la vida, sin embargo,

---

<sup>194</sup> IAPAC, “SIDA: mitos y malos entendidos”, [http://www.aidsinfont.org/fact\\_sheets/view/158?lang=spa](http://www.aidsinfont.org/fact_sheets/view/158?lang=spa), consultado el 15 de agosto de 2019.

<sup>195</sup> Amparo Madrigal y Francisco Mestre, “El sida como enfermedad social: análisis de su presencia e investigación”, <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0505110033A>, consultado el 15 de agosto de 2019.

algunos consideran que es una estrategia muy simple y poco eficiente para dar solución a las enfermedades de transmisión sexual.<sup>196</sup> A continuación se señala un ejemplo de lo anterior, al preguntar a una estudiante por qué considera que siguen existiendo casos nuevos de VIH y cómo se podrían evitar.

*“Creo que hay casos en los que es la culpa de las personas por ejemplo, tener relaciones sexuales antes del matrimonio te hace más propenso a tener el VIH y ahí es tu culpa porque no solo te metes con uno, sino con varios. En otros casos no hay culpa, como cuando están casadas y sus maridos las engañan”*  
(E1, p.3)

Algunos investigadores consideran que existen algunos elementos en la religión y su sistema de valores donde, por ejemplo, el VIH puede ser visto como un castigo y puede culpabilizar a la persona que lo ha adquirido dependiendo de ciertas prácticas que pueden considerarse faltantes a Dios o a la moralidad que la religión exige.<sup>197</sup>

El conocimiento teórico y la experiencia práctica de un estudiante de enfermería con el VIH y las PVV, interfiere positivamente en la eliminación de mitos y creencias que lejos de aportar a la prevención y al tratamiento, pueden obstaculizarlos. Así mismo, el brindar una preparación de calidad en las instituciones educativas, tanto teórica como práctica, y el conocimiento de los protocolos de actuación en la atención al PVV así como las leyes que lo protegen, hará un cambio extraordinario en la atención de los pacientes, brindando atención de alta calidad que contribuyan a eliminar el estigmas y la discriminación.

“A mayor conocimiento de la enfermedad, menos nociones estigmatizantes”<sup>198</sup>

### 3.1.2. Percepción de las actitudes en el contexto social y de salud hacia el VIH y hacia las PVV

---

<sup>196</sup> Leonardo Arévalo y Sandra Ávila, “Religión y espiritualidad, una mirada del estigma frente al VIH/Sida: revisión literaria”, *Revista Médica*, 2012, núm. 1, p. 56.

<sup>197</sup> Jouliano de Souza et al., “Factores relacionados con la estigmatización percibida de personas que viven con VIH”, *Journal of school of nursing*, 2017, núm. 1, p. 5.

<sup>198</sup> Godoy Torales, “Conocimiento sobre la transmisión ocupacional del VIH y las normas de bioseguridad en profesionales de la salud” *Revista Nacional*, 2010, núm. 2, p. 3.

El estigma hacia las PVV, como ya se ha comentado con anterioridad, ha existido desde los primeros casos detectados, primero, asumiendo que todo aquel que tuviera VIH era homosexual. Posteriormente, cuando se descubre que no solo los homosexuales podían tener VIH, sino también trabajadores sexuales, usuarios de drogas inyectables, o mujeres cuyas parejas tenían el virus, el estigma se expande ante los llamados “grupos de riesgo”.<sup>199</sup> Ante este contexto, la población en general puede tener estigmas sobre las PVV, y los estudiantes de enfermería tienen opiniones al respecto.

*“Antes, la sociedad los veía como seres que no los querían ni tocar, ahora creo que sigue habiendo discriminación porque nunca se va a acabar, aunque creo que es diferente, son más aceptados, tienen más oportunidades.” (E1, p2)*

*“(…) hay otras personas que no toleran a este tipo de personas, como en las escuelas por sus compañeros o en el trabajo, a los jefes no les parece y los corren.” (E2, p2)*

*“La sociedad a las personas sí las limita, principalmente no las quiere cerca, algunas no les dan oportunidades de trabajo o ese tipo de cosas, aislamiento social, están temerosas a estar contagiadas” (E3, p4)*

Así como el estigma y la discriminación se encuentran en todos los ámbitos (social, educativo, laboral, etc.) el ámbito de la salud no está exento, pues los profesionales de la salud incurren en prácticas de estigma y discriminación. Los enfermeros/as desempeñan un papel muy importante en la atención de los pacientes, incluidas las PVV, ya que son agentes directos de provisión de cuidados y de la educación para la salud en el sistema de salud.<sup>200</sup> La relación enfermero/a – paciente es realmente cercana y en el caso de la PVV, debe encargarse de brindar toda la información necesaria y los recursos que necesite para la adaptación y aceptación de su padecimiento.

Es posible que las PVV no reciban información verídica y oportuna fuera del centro de salud, por lo que el profesional de la salud debe saber orientar y tener las habilidades y

---

<sup>199</sup> Lemy Piedrahita et al., “Concepto sociocultural del VIH y su impacto en la recepción de campañas de promoción en la salud en Medellín”, *Revista Ciencias de Salud*, 2017, núm. 1, p. 61”

<sup>200</sup> Luis Arroyo, “Conocimientos y actitudes de profesionales y estudiantes de enfermería sobre el paciente con VIH/SIDA”, *Revista multidisciplinar del sida*, 2014, núm. 2, p. 28.

recursos necesarios para tratar este tema como cualquier otro sin rechazar al paciente o discriminarlo de alguna otra manera.<sup>201</sup> Las PVV pueden experimentar una serie de situaciones que puede provocarles angustia si, además, del impacto del diagnóstico y las consecuencias que pueden tener en su vida, sufre rechazo por parte de los profesionales de la salud, su sufrimiento puede multiplicarse, ya que en muchos de los casos ellos/as son su esperanza y la guía que puede darles una oportunidad de sobrellevar su situación.<sup>202</sup>

Lamentablemente, tanto como los estudiantes que atienden PVV, como los profesionales que ejercen la enfermería, no siempre tienen estos conocimientos y habilidades para atender a sus pacientes y pueden incurrir en actitudes discriminatorias en la forma de tratar, hablar o dirigirse a un paciente. Los estudiantes pueden observar prácticas de estigma y/o discriminación en los enfermeros/as que ejercen su profesión en los centros de salud, lo que se denomina estigma observado o secundario.

*“Las enfermeras que ya tienen años o médicos tienen pensamientos muy atrasados, si llegan no sé si sea correcto decir discriminar, no tienen la misma atención en los pacientes, hasta el personal de salud tienen esos mitos que se van a contagiar y a veces ni se meten a atenderlos (...) he escuchado a una enfermera decir que, si se va a morir para que le paso el medicamento, ya estaba muy grave y todos tenemos derecho a tener una muerte digna (...) mis compañeros tienen mucho ese tipo de comentarios, como en medicina interna, o en los aislados, o con tuberculosis, no se quieren acercar a personas con infecciones de transmisión y evaden las áreas donde estén esos pacientes.”*  
(E4, p4)

Es posible que se realice un análisis del contexto social del VIH que varía según los factores socioculturales e incluso la región. Sin embargo en nuestro contexto, es sabido que el estigma y la discriminación se encuentran presentes, y es posible observarse en el ámbito de la salud, donde la discriminación es ejercida por los mismos profesionales.

### 3.1.3. Derechos de las PVV en el ámbito de la salud

---

<sup>201</sup> *Loc. cit.*

<sup>202</sup> Joaquín Paneca, “Comportamiento del personal de salud ante procedimientos médicos en personas seropositivas”, *Revista Cubana de Enfermería*, 2007, núm. 2. p. 2.

Como ya se ha revisado con anterioridad en el primer capítulo de esta tesis, las PVV pueden llegar a sufrir discriminación cuando buscan atención en los centros de salud. La discriminación puede presentarse desde la persona que los recibe en el centro de salud hasta cualquier servicio que se requiera (psicología, nutrición, enfermería, laboratorio), y esta discriminación por parte de los profesionales de la salud, puede ser consciente o inconsciente, pero causa el mismo impacto negativo hacia la PVV que busca atender su salud.

La violación de derechos es común, la confidencialidad de los pacientes suele ser violada entre los mismos compañeros con fines no profesionales y, en muchas ocasiones, no reciben un trato digno, es decir, se incurre en prácticas de discriminación. En el derecho nacional e internacional, nos encontramos con recomendaciones que tienen la intención de prevenir este tipo de conductas discriminatorias, pero no un tratamiento jurídico constitucional que realmente sea punitivo con las personas que violentan derechos.<sup>203</sup>

El respeto a la confidencialidad, es un derecho muy importante que las PVV deben tener en los centros de salud. Su información personal debe ser guardada y respetada, nadie tiene derecho a hacer de conocimiento a terceros la información de una persona sin su consentimiento. Lamentablemente es un derecho que no se respeta, es común que los profesionales de la salud expongan datos personales a otras personas, sin necesariamente ser para mejorar los procesos de atención o buscar la salud y bienestar de la persona.

*“Pues es muy importante, cuidar la confidencialidad del paciente, porque no podemos andar divulgando sobre el estado de salud de las personas o lo que padecen y pues, se supone que estamos brindando una atención de calidad y es parte de la ética profesional.” (E3,p5)*

*“(…) La verdad no, es muy raro aquel que respeta la confidencialidad. Entre los mismos compañeros, los mismos instructores, se rompe esa confidencialidad, entre todos se comparte esa información del paciente (…) también se rompe porque se puede conocer a algún familiar o amigo del paciente y se divulga la información u otra, ya sería muy drástico, para dañar*

---

<sup>203</sup> Enrique Uribe y María González, “La protección jurídica de las personas vulnerables”, REDALYC, Barranquilla, 2007, núm. 27.

*al paciente en su estado de salud, y divulgar su diagnóstico, y sí pasa.” (E3, p5)*

A pesar de que los profesionales o los estudiantes saben que no es ético compartir información sin consentimiento previo, es una práctica común en los centros de salud y de esta manera se está violentando el derecho a la salud de la PVV.

Otro de los derechos dentro del marco de la salud, es el derecho al tratamiento. El tratamiento antirretroviral ayuda a que el virus no se multiplique, por lo que toda PVV tiene derecho a que se le proporcione gratuitamente, en tiempo y en forma, el medicamento necesario para su salud. Lamentablemente esto no es respetado, el medicamento en muchas ocasiones no llega a tiempo o en las cantidades suficientes. Todo enfermero/a que trabaje con PVV, tiene el deber de brindar a sus pacientes el medicamento adecuado para su bienestar, el que un enfermero o enfermera se niegue a entregar el medicamento o considere que el medicamento no debería ser gratuito, podría potencializar la violación al derecho a la salud del PVV.

*“Ah pues, yo creo que no deberían de ser gratuitos, bueno es que he escuchado que eso es muy caro y pues creo que es responsabilidad de todos cuidarse y pues como que para que sea gratis pues yo digo que no, porque en ese caso a cualquiera ya le daría lo mismo, si dicen -ah pues si me enfermo ahí tengo el medicamento- y siento que ahí si va a haber más problemas.” (E2, p4)*

En el discurso de la estudiante anterior, es evidente que en ocasiones, se puede culpabilizar a las PVV por haber contraído el virus y, al pensar que fue su culpa por no cuidarse, entonces no son merecedores del medicamento, además, se puede tener el pensamiento de que si el medicamento es accesible, entonces a las personas les importará menos cuidarse. Se debe prestar atención a los pensamientos de los alumnos y alumnas en formación, para evitar mitos que puedan contribuir en la práctica a la violación del derecho a la salud.

Por último, un derecho de suma importancia en el ámbito de la salud, es el derecho a la vida sexual y reproductiva. Las mujeres son afectadas en gran medida en relación a la maternidad, ya que es posible que se piense que una mujer que vive con VIH, no es apta para



concebir o criar un hijo. En muchas ocasiones, se puede tener el estigma de que el vivir con VIH es sinónimo de sufrimiento, cuando en la actualidad, la esperanza y calidad de vida que puede tener una PVV, tiene buen pronóstico. Así mismo, con los cuidados y tratamientos necesarios, una mujer que vive con VIH puede concebir un bebé sin que éste tenga el virus, sin embargo, por falta de conocimiento muchas veces ni los propios estudiantes o profesionales de la salud lo saben.<sup>204</sup>

*“Pues yo siento que si yo tuviera VIH no lo tendría porque si es muchísimo riesgo, yo no quisiera arriesgarme a tener un hijo, no me gustaría que sufriera lo mismo que yo” (E4, p4)*

*“Mmmm, bueno a mi punto de vista, yo digo que no, porque también qué vida le pueden dar a sus hijos. Porque pues a la mamá le va a quedar poco tiempo (de vida) y el niño bueno pues también se contagia” (E2, p4)*

En este último discurso, la estudiante no tiene claro si una mujer puede transmitir el VIH a su bebé, lo que aparte de significar pocos conocimientos sobre el VIH y sus maneras de transmisión, estos pocos conocimientos crean en la estudiante una percepción de que el VIH es una enfermedad y de que una persona que vive con VIH morirá pronto, lo que puede ser un estigma. Es importante que la preparación académica que se oferta en la licenciatura en enfermería, tome en consideración todos estos aspectos del conocimiento del VIH para evitar estigmas y futuros casos de discriminación en la atención de las PVV.

#### 3.1.4. Impacto de los sentimientos experimentados por el estudiante al atender a PVV en la relación enfermero – PVV.

La presente categoría es emergente, si bien no se encuentra en los objetivos de esta investigación, a juzgar por el resultado del análisis cualitativo de las entrevistas, se considera que puede ser importante para la adecuada atención de los pacientes que viven con VIH (y no exclusiva de éstos).

---

<sup>204</sup> INFOSIDA, “Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH”, <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/20/50/prevencion-de-la-transmision-maternoinfantil-del-vih>, consultado el 19 de agosto de 2019.

La relación enfermero/a – paciente ocupa un lugar prioritario en la atención en los servicios de salud, ya que el enfermero o enfermera es quien brinda los cuidados asistenciales a su paciente y es común que se forme una relación estrecha con él o ella. El profesional de enfermería tiene que tener en cuenta diversos aspectos de la relación con su paciente, como la comunicación verbal o corporal y la calidad de su atención, ya que desde la atención primaria éste se involucra en demasía con la persona.<sup>205</sup> El personal de enfermería permanece 24 horas con sus pacientes, pues brindan asistencia de todo tipo, técnica, biológica, social, psicológica o espiritual, de ahí la importancia de los y las enfermeras en la recuperación de una persona y la importancia de entablar una relación exitosa.<sup>206</sup>

Los estudiantes están conscientes de esto y reconocen el valor de ofrecer una adecuada atención. Lo anterior es importante que se enseñe desde las instituciones educativas, pues es necesario fomentar en el estudiante una toma de conciencia del papel fundamental que desempeñan en la atención y recuperación de una persona.

*“Nosotros somos mucho más cercanos al paciente que un doctor porque a veces muchas personas tienen los mismos problemas y no se los pueden decir a nadie y nosotros nos aseguramos del bienestar físico y psicológico.” (E1, p1)*

Una vez expresado lo anterior, al realizar el análisis de las entrevistas, se considera que los sentimientos personales experimentados por los estudiantes al atender personas que viven con VIH, influyen en la atención que se les va a brindar, ya sea consciente o inconscientemente. Se encontró que los estudiantes consideran que mientras menos experiencia y menos información tengan en la atención de PVV, mayor es el miedo o los sentimientos negativos experimentados en su relación con él.

*“Si tuviera que atender a un paciente con VIH pues me sentiría nerviosa por si me llego a picar con alguna jeringa que vaya a ocupar con esa persona, porque ha pasado. Yo he escuchado un caso de un compañero de un amigo que se picó con aguja y pues lo mandaron a unos análisis de VIH y sí salió positivo*

---

<sup>205</sup> María Rodríguez y Angélica Riveros, “Interacción enfermera – paciente y su repercusión en el cuidado hospitalario”, SCIELO, 2012, núm. 1, p. 1.

<sup>206</sup> Jean Watson, *Filosofía y cuidado transpersonal de Watson. Modelos y Teorías en enfermería*, España, Elsevier Mosby, séptima edición, 2011, p. 91.

*y se lo tuvieron que llevar a Pachuca. Me daría miedo pero sí atendería al paciente, es que no me ha tocado” (E2, p3)*

Cuando existe desinformación y duda sobre la atención hacia una PVV, es común que se tengan estigmas sobre la persona y sobre el virus. El siguiente discurso plasma lo anterior, es común que en el ámbito de la salud se piense que las PVV, podrían tener la intención de transmitir el virus deliberadamente, con la intención de dañar a otra persona y el tener este tipo de pensamiento, puede generar sentimientos negativos al atender a una PVV.

*“Pues tal vez sí tenga temor de tenerla al lado pero podría lidiar con ello, podría convivir con la persona, si tendría cuidados cuando se corte o algo pero no tengo problemas para convivir con esa persona (...) me daría temor que, de alguna manera, bueno podría ser un pensamiento muy drástico, pues que a esa persona se le dé por contagiar la enfermedad, no sé, propagarla, por medios de con su sangre, que contamine cosas con su sangre a propósito (...) que tuviera una intención mala de perjudicar a los compañeros, que quisieran que los demás sufran como él” (E3, p4)*

En los siguientes discursos, los estudiantes mencionan una parte importante de la atención hacia las PVV: la comunicación no verbal que se tiene con la persona también demuestra lo que el enfermero o enfermera está sintiendo o viviendo, y muchas veces puede que no transmita un mensaje agradable a quien está atendiendo. Así mismo, se puede observar que el no tener experiencia previa o la suficiente preparación, puede causar sentimientos de temor en la atención.

*“Yo tenía mucho miedo pero me fui acostumbrando y con la info, ya no me da miedo (...) antes les tenía temor, pero son personas que de plano ya están con una enfermedad fea y que aún les hagan esos comentarios o rechazos sí da tristeza (...) no que haya expresado algo verbalmente, pero pues el cuerpo traiciona y al momento de cambiar equipo o agujas y empezaba a temblar y pues me aventaron a campo sin experiencia, sin saber qué onda, a veces no sabía qué hacer.” (E4, p3)*

*“Al principio el grupo en general se asustaba mucho cuando llegaba algún paciente a urgencias con la sintomatología y se tenía que canalizar o hacer alguna transfusión, si había mucho temor, me acuerdo yo también sí me llegué a espantar mucho. Una vía donde estaban transfundiendo la iba a retirar y entonces al quitarla como es por presión, me cayó sangre en la mano y pues sí me espanté porque no traía guantes, ya después aprendí que en ese tipo de actividades se debe usar guantes y aunque me haya pasado eso no iba a tener alguna reacción frente al paciente o al familiar, iba a terminar de realizar mi actividad y acá, en privado, realizar el procedimiento que debe hacerse en este tipo de pacientes. Es difícil controlarse.” (E5, p5)*

Después de realizar este análisis también se encontró que una parte sumamente importante para que el estudiante se encuentre receptivo al atender a una PVV, es la condición emocional del estudiante. En el transcurso de la licenciatura, los enfermeros y enfermeras aparte de tener una carga pesada de trabajo, también tienen sobrecarga emocional, ya que son partícipes de muchas experiencias con las personas que atienden y es de suma importancia que se les brinde la atención emocional para canalizar adecuadamente el impacto que tienen sobre ellos y ellas.

*He comentado mis experiencias con mi familia con personas que les tengo confianza, porque tenemos necesidad de comentarles a alguien más, claro que sin exponer a los pacientes pero, así de con mis compañeros, pues no. (E4, p2)*

*Creo que hay dudas al abordar al paciente pero más en la parte psicológica o emocional, esa parte si está más retrasada porque si nos enfocamos más a biomédicas, (...) entonces ahí sí no sabemos cómo abordar al paciente y además creo que nosotros también debemos tener una atención emocional porque a veces no sabemos cómo expresar o manejar lo que pasa en la clínica. (E3, p2)*

Entonces, los sentimientos que experimentan los estudiantes de enfermería impactan en la atención que van a brindar a las PVV. Factores como la poca experiencia o la falta de conocimientos sobre VIH y la práctica en la atención a PVV, pueden ocasionar sentimientos

negativos hacia las PVV, como lo es el miedo. Los sentimientos negativos pueden provocar que la atención sea deficiente e incluso, violentar algún derecho. Así mismo, se considera que la estabilidad emocional del estudiante es importante, ya que, si se encuentra estable emocionalmente, podría brindar un cuidado de mejor calidad.

### 3.2. Resultados del análisis cualitativo de las entrevistas a los estudiantes de la Licenciatura en Psicología de las categorías del instrumento 1: Estudios de estigma y discriminación asociados al VIH.

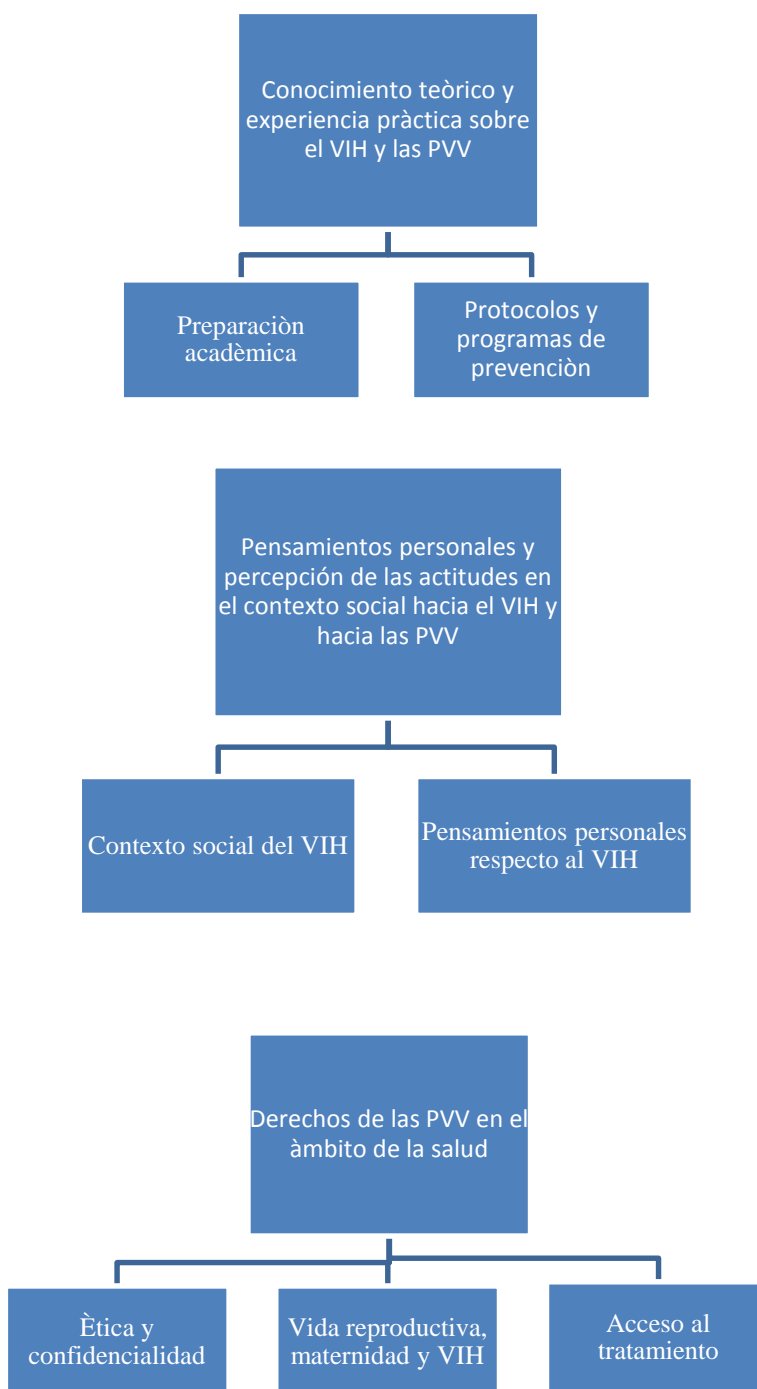
El análisis cualitativo de la licenciatura en psicología fue mucho menos extenso ya que los estudiantes no tenían tantas experiencias e información sobre la atención a una PVV. Es verdad que el psicólogo/a limita más su trabajo con estas personas, ya que no ve involucrado procesos donde puedan sentir riesgo al interactuar con una PVV como un médico o un enfermero, por ejemplo. A pesar de lo anterior, el psicólogo/a es una parte fundamental en el tratamiento de una PVV, es el encargado de acompañar los procesos mentales y emocionales de la persona, lo cual es importante que se lleve a cabo ya que la atención integral es fundamental para el bienestar de la persona.<sup>207</sup>

En el siguiente apartado se pueden observar 7 categorías obtenidas por medio de una codificación abierta, meramente descriptivas, derivadas de las entrevistas realizadas a los estudiantes de psicología y cuyos códigos se saturaron con la información de las mismas.

Preparación académica	Protocolos y programas de prevención	Ética y confidencialidad
Vida reproductiva, maternidad y VIH	Acceso al tratamiento	Contexto social del VIH
Actitudes personales respecto a la discriminación en general		

<sup>207</sup> FUNDACIÒN HUESPED, “Abordaje psicológico de las personas con VIH”, <https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/11/Abordaje-psicologico-de-personas-con-VIH.pdf>, consultado el 21 de agosto de 2019.

A partir de las categorías de las categorías descriptivas, se crearon las categorías analíticas, que permiten relacionar la información que se ha encontrado, por medio de la codificación axial para enlazar categorías de acuerdo a sus propiedades y dimensiones. Las categorías analíticas son creadas con base en los códigos obtenidos por el análisis de las entrevistas y son las siguientes:



En los diagramas anteriores se puede observar las categorías analíticas seguidas de las categorías descriptivas que dieron origen a las primeras mencionadas. A continuación se desarrollará a profundidad cada una de las categorías finales.

### 3.2.2. Conocimiento teórico y experiencia práctica sobre el VIH y las PVV

A lo largo de la carrera y posteriormente en el ejercicio de su profesión, es posible que los estudiantes de psicología se encuentren con una PVV y deban brindarle atención emocional. La atención emocional es importante, pues desempeña un papel fundamental en el proceso que vive una PVV. Por lo anterior, los estudiantes deben estar preparados para la atención de estas personas, tener los conocimientos suficientes sobre el VIH para evitar incurrir en “estigmas y en prácticas de discriminación.

El psicólogo/a debe tener conocimiento respecto a la PVV y las áreas en las que puede participar las cuales son amplias: prevención, afrontamiento de diagnóstico, evaluación de contexto social, consejería, educación para la salud, emergencias ante crisis, rehabilitación cuando el diagnóstico y el padecimiento han afectado diversas áreas de la vida como familiar o laboral, contención emocional, entre otras.<sup>208</sup> A pesar del rol tan importante, los estudiantes de psicología no se sienten preparados para atender a una PVV, consideran que tienen nulos conocimientos sobre el virus y por lo tanto, dudarían sobre como brindar una atención psicológica adecuada para el contexto que puede vivir una PVV.

*“En la universidad no nos preparan para atender a personas con VIH, el contenido de la carrera es bueno, sin embargo no nos preparan tanto para otros temas como educación sexual, (...) no me sentiría preparado debido a que no tengo mucho conocimiento sobre la enfermedad” (E1, p1)*

*“Para nada, jamás se ha visto la posibilidad de trabajar con una persona con VIH,(...) me sentiría con la responsabilidad de tener los conocimientos necesarios para poder realizar un acompañamiento o si la consulta es para el tratamiento de este tema en especial, mejor buscaría canalizarlo a un experto”(E5, p1)*

---

<sup>208</sup> Macías Bestard, “Enfoque psicológico para el tratamiento de personas que viven con VIH/SIDA, *SCIELO*, núm. 3, p. 2.

Otra parte fundamental del conocimiento teórico en la atención al VIH, son los protocolos y programas de prevención a seguir para atender el asunto. Un protocolo de actuación puede ser importante en el ámbito psicológico, por ejemplo, para una intervención en crisis, así mismo, el psicólogo/a tiene una labor en el ámbito de la psicología de la salud con la prevención del VIH, incluso con las personas que ya viven con el virus pues puede darse una reinfección.<sup>209</sup> Los estudiantes de psicología no reconocen que enfocarse en los programas de prevención sea su labor, así mismo, consideran que los protocolos de actuación en la atención del VIH no son necesarios en el ámbito psicológico, sino que le corresponden a otros ámbitos como a la enfermería.

*“Son importantes depende. Si los protocolos van dirigidos a atención médica sí, porque la formación universitaria no lo abarca. Si se relacionan solo al trato de pacientes, no.” (E2, p1)*

*“No creo que a psicología, más bien en ámbitos como la enfermería donde si hay algún riesgo de contraer VIH o de estar más en contacto con el paciente.” (E4, p1)*

### 3.2.3. Pensamientos personales y la percepción de las actitudes en el contexto social hacia las PVV

Los estudiantes de psicología consideran que las PVV son estigmatizados y discriminadas en la sociedad, además de que están conscientes de que son juzgadas por las posibles maneras en que pudieron adquirir el virus, creyendo que son culpables y que de cierta manera se lo merecen. Estas creencias sociales no solo se quedan ahí, sino que también los prejuicios y la desinformación, impactan en el ámbito de la salud, ya que las creencias las pueden tener los estudiantes y si no reciben la información a lo largo de su preparación académica, pueden incurrir en estigmas al atender a una PVV.

*“Creo que se presenta mucho la discriminación debido a que se piensa que el VIH se contagia como si fuera gripe, además de que los ven como personas*

---

<sup>209</sup> FUNDCIÓN HUÉSPED, “Abordaje psicológico en la atención de personas con VIH”, <https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/11/Abordaje-psicologico-de-personas-con-VIH.pdf>, consultado el 21 de agosto de 2019.



*que se merecen su enfermedad por sus acciones sin siquiera saber el contexto de porque se enfermaron.” (E1, p2)*

*“Creo que al hacer público su diagnóstico sufren discriminación gracias a la falta de información.”(E3, p1)*

*“Terrible. Antes de entrar a mi carrera, yo tenía entendido (por los comentarios que escuchaba en mis círculos cercanos) que las personas VIH positivas podían “contagiar” con el simple hecho de tocar su sangre. La información sobre esto es muy corta en la sociedad y eso genera prejuicios y estigmas.”(E4, p2)*

Por otro lado, los estudiantes reconocen sus pensamientos: están conscientes de que por factores como el desconocimiento del VIH o el sida, pueden tener una percepción equivocada o dudosa acerca de lo que realmente es y significa. Lo anterior es alarmante, ya que si no tienen claridad en la información, la atención a las PVV puede no ser la adecuada e incluso sus propios prejuicios y/o estigmas, pueden ser peligrosos.

*“Al desempeñarme en prácticas o servicios sociales por parte de la universidad, no. En cuento a mi práctica diaria, diría que he llegado a asociar el padecimiento con posibilidades enormes de contagio.” (E3, p2)*

*“Debo mencionar que yo nunca he sido muy tendiente a informarme sobre estos temas, incluso hoy confundo mucho el VIH con el sida y no sé diferenciarlos con certeza, eso me genera dudas” (E4, p2)*

#### 3.2.4. Derechos de las PVV en el ámbito de la salud

Como ya se ha mencionado con anterioridad, los derechos de los PVV se ven expuestos en el ámbito de la salud. Los psicólogos/as forman parte del equipo de profesionales que atiende a esta población por lo que deben estar capacitados para ellos, de no ser así, pueden incurrir en actitudes que pudieran violentar algún derecho.

El primero de estos derechos es la confidencialidad. El estudiante reconoce la importancia de guardar el secreto profesional, y está de acuerdo en que la información de la

persona pueda ser compartida con otros profesionales de la salud con la intención de atender y mejorar su salud integralmente. Consideran a parte de otros profesionales, las personas externas no tienen por qué tener ninguna información sin consentimiento de la persona, sin embargo, al continuar con la entrevista y preguntar por casos particulares, por ejemplo, si una PVV se niega a comentar su diagnóstico a su o sus parejas, cuál sería su labor como psicólogo, los estudiantes no se encuentran seguros de poder manejar estas situaciones.

*“Como primera opción, intentaría convencerlo o convencerla de las implicaciones de su actuar al no querer compartir el diagnóstico con su pareja. Si no, buscaría a alguien más informada/o que yo en el sector salud o psicológico que me orientara, porque posiblemente yo no tenga los conocimientos para actuar ante esta situación.” (E2, p2)*

*“Le preguntaría a alguien con mucha más experiencia. Yo profundizaría el tiempo necesario la sesión y trataría de hacerle ver que lo que hace no es lo correcto, para intentar que después sí haga lo correcto.” (E4, p2)*

El segundo derecho que se abarca es el derecho a la vida reproductiva de las mujeres que viven con VIH, lo cual no es impedimento para que puedan concebir y criar a un hijo y tienen derecho a la información, prevención y acompañamiento si así lo desearan. Como ya se ha mencionado con anterioridad, este derecho constantemente es violentado por los profesionales de la salud, ya que a partir de ideas erróneas o falta de información, se considera que una mujer que vive con VIH no puede tener hijos sin VIH o cuidar de ellos brindándoles una buena calidad de vida. Los estudiantes de psicología están conscientes de que este derecho no puede ser violentado y prácticamente sin dudas externan que la mujer puede tener hijos cuando así lo desee, lo cual es importante, el no caer en estigmas permite brindar una mejor atención y orientación emocional. Además de esto, se encuentran informados sobre el VIH, el parto y la lactancia y los cuidados que se podrían tener para no transmitir el virus al bebé.

*“Están en su derecho de tener hijos sin embargo deben de tener los cuidados al momento del parto para no contagiarlos.” (E1, p2)*

*“Opino que deberían llevar los tratamientos adecuados, pues ya existen y el bebé puede nacer muy saludable.” (E4, p2)*

*“Se puede, si se tiene el adecuado acompañamiento médico y de medicamentos, se puede reducir considerablemente el riesgo de la transmisión de la infección del virus al producto, se debe tener consciencia de los cuidados que implica en el embarazo y en el parto.” (E5, p2)*

Por último, el derecho al tratamiento, como ya se ha mencionado, es de suma importancia. Las personas diagnosticadas con VIH, así como las personas que se encuentran en riesgo de contraerlo, tienen derecho al acceso gratuito del medicamento necesario para cuidar su salud. El que el profesional de la salud se niegue a brindárselo o dificulte el acceso a este, es una violación al derecho a la salud. Los estudiantes de psicología concuerdan con que los medicamentos antirretrovirales deben ser gratuitos y estar disponibles para las PVV cuando así lo requieran.

*“Bueno, yo creo que todos los medicamentos deberían ser gratuitos para todo el mundo financiados por los gobiernos con nuestros impuestos.” (E4, p2)*

*“Si, para algunas personas es muy importante, por ejemplo los medicamentos para mujeres embarazadas con VIH positivo, son seguimientos y tratamientos costosos.” (E5, p2)*

## **CAPÍTULO CUARTO: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

La presente investigación tuvo como objetivo general analizar cómo son las actitudes, conocimientos, concepciones y formación académica que tienen los estudiantes de enfermería y psicología hacia las personas que viven con VIH y que podrían vulnerar su derecho a la salud. Así mismo, la investigación tuvo 4 objetivos específicos a cumplir, por lo que serán la base para discutir los resultados cualitativos y cuantitativos encontrados, así como la teoría utilizada en la investigación.

Cabe señalar que los resultados de la presente corresponden a dos licenciaturas que a pesar de estar relacionadas con el ámbito de la salud son completamente diferentes, además; los contextos donde se imparten son indiscutiblemente incomparables: la localización geográfica, los aspectos socio-culturales, la economía y la forma de vida en general son completamente diferentes. Por lo anterior, una comparación entre ambas sería poco ético y objetivo, por lo que la intención de esta investigación no fue realizar una comparativa entre éstas sino, más bien, plasmar las características de cada una y analizarlas por separado.

Los primeros dos objetivos de la presente investigación hacen referencia al análisis de los conocimientos, formación académica, actitudes y concepciones de los estudiantes de enfermería y de psicología en relación con el VIH y las personas que viven con VIH, el cual se pudo cumplir por la obtención de los datos recabados por la parte cuantitativa de aplicación de instrumentos y la parte cualitativa de entrevistar a los participantes.

Los conocimientos y la formación profesional fueron evaluados en la parte cualitativa de la investigación. Las entrevistas a los estudiantes de psicología arrojaron que tienen correctos conocimientos sobre la forma de transmisión del VIH, saben qué medidas tomar para dicha transmisión y de cómo repercute en la vida de las personas; sin embargo, no se sienten preparados/as para brindarles una atención emocional, ya que a pesar de que entienden y reconocen que el VIH puede representar un problema y una limitante debido a los prejuicios y estigmas que conducen a un trato discriminante, y no tienen los conocimientos suficientes de los procedimientos y medidas a realizar para brindar esta atención adecuadamente. En general, están conscientes de que su institución académica no les ha proporcionado esta preparación y que deberían enfatizarse más, para generar un interés que les permita

especializarse en el tema en un futuro, ya que la atención psicológica es fundamental para la vida de las PVV.

Respecto a las actitudes y concepciones, los estudiantes de psicología externan en las entrevistas que están conscientes de que a pesar de que en general conocen poco a las personas que viven con VIH, la su mayoría presenta una actitud favorable al expresarse de ellos y en el imaginario de un acercamiento profesional futuro. Por otro lado, la parte cuantitativa revela puntajes que muestran una situación un tanto distinta, es decir, a pesar de que las actitudes son en su mayoría favorables, pueden existir actitudes negativas hacia las PVV, las cuales podrían estar relacionadas con la discriminación. En este punto y a juzgar por los resultados, se considera que el estudiante puede presentar ambivalencia entre lo que idealmente estaría bien (respetar derechos, mostrar sensibilidad, evitar los prejuicios y estigmas) y entre lo que realmente puede pensar, producto de los escasos conocimientos, formación académica o incluso creencias y concepciones personales.

A pesar de que existen muchos textos sobre la importancia del acompañamiento psicológico en la atención de los PVV y sobre la extensa y significativa labor que el psicólogo/a debe desempeñar con ellas, (por ejemplo los textos de fundación Huésped en Argentina, quien ha realizado una gran labor en la atención de PVV),<sup>210</sup> los estudios acerca de la relación entre psicólogos/as y PVV y todo lo que ello abarca (estigma, prejuicios, discriminación, etc.), son escasos. A juzgar por la información recabada, los propios estudiantes consideran que ellos no tienen mucho trabajo por hacer con las PVV y que más bien es un área que le corresponde a otras disciplinas, como lo es la enfermería. Lo anterior es cuestionable porque si bien el psicólogo/a tiene limitado el contacto físico con las personas que atiende, la relación psicólogo/a – PVV debería ser igual de importante que la del médico – PVV o enfermero – PVV, ya que debe estar involucrado en todo el proceso, desde antes del diagnóstico, hasta la adherencia al tratamiento y por el resto de su vida.

Por otro lado, la literatura relacionada con los enfermeros/as es muy extensa, la teoría se encuentra con facilidad pues evidentemente la relación enfermero/a – PVV es muy importante

---

<sup>210</sup> Fundación HUESPED, “Abordaje psicológico de personas con VIH”, <https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/11/Abordaje-psicologico-de-personas-con-VIH.pdf>, recuperado el 4 de septiembre de 2019.

y necesaria en el proceso de las PVV, (la CNDH y CENSIDA son un ejemplo de organizaciones que tienen literatura sobre el tema).<sup>211</sup> La falta de conocimientos o, en su defecto, un conocimiento erróneo, puede llevar a una atención precaria, como se ha encontrado en diversas investigaciones alrededor del mundo. En Nicaragua, por ejemplo, se llevó a cabo un estudio donde se concluyó que el conocimiento alrededor del VIH es un pilar fundamental para la erradicación de actitudes negativas y base para una práctica adecuada.<sup>212</sup> En España se llevó a cabo un estudio sobre las actitudes de los estudiantes de enfermería frente a un paciente con VIH, donde se concluyó que a menudo el rechazo hacia el VIH viene por el desconocimiento del mismo y que para evitarlo, se debe fomentar la educación sobre el VIH en las universidades.<sup>213</sup> Así mismo, un estudio en San Luis Potosí, muestra cómo los enfermeros/as, pueden tomar actitudes inadecuadas con las PVV cuando no tienen el conocimiento correcto de cómo dirigirse con ellos/as ante situaciones como el apego al tratamiento o la asistencia a sus consultas.<sup>214</sup>

Los anteriores resultados coinciden con lo encontrado en esta investigación. Los conocimientos de los estudiantes de enfermería y la formación profesional están limitados, ya que los estudiantes consideran que la institución académica no revisa el tema con la profundidad suficiente ni les proporciona las herramientas adecuadas para que tengan los conocimientos y habilidades necesarias para brindar atención a las PVV. Así mismo, por la falta de conocimientos, inician sus prácticas con dudas y el atender a una PVV se vuelve una experiencia desagradable que puede poner en riesgo a las personas y a ellos mismos. Los resultados sugieren que hay una relación entre conocimiento/desconocimiento y actitud, y que la formación académica repercute en esto.

---

<sup>211</sup> CENSIDA, “Intervenciones en enfermería para la atención de hombres y mujeres adultos con VIH”, <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-765-15/ER.pdf>, consultado el 4 de septiembre de 2019.

<sup>212</sup> Michelle Escobar, “Conocimientos, actitudes y prácticas de VIH/SIDA en personal médico, enfermería y laboratorio”, <http://www.sidastudi.org/es/registro/d25f08042259b3e4012259c1e25f002b?text=enfermeria%2C+discriminacion%2C+vih&autor=&format=&leng=&title=&signatura=&yearBegin=&search=simple&yearEnd=&tipus=>, consultado el 22 de agosto de 2019.

<sup>213</sup> Natalia Barrera y Alexandra Herrero, “Actitud de los estudiantes de enfermería frente a un paciente con VIH/SIDA” <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/actitud-de-los-estudiantes-de-enfermeria-frente-a-un-paciente-con-vih-sida/>, consultado el 22 de agosto de 2019.

<sup>214</sup> Ismael Cedillo y Mónica Rodríguez, “Situación en la que viven y adhesión al tratamiento en mujeres y hombres de San Luis Potosí con VIH/sida”, *Acta Universitaria*, 2014, núm., 4, p. 10.

Por otro lado, las actitudes y concepciones de los estudiantes de enfermería muestran una relación importante con las categorías de conocimiento y formación académica. En el análisis cuantitativo, solo un pequeño porcentaje de los estudiantes de enfermería presentan actitudes completamente favorables hacia las PVV, mientras que la mayoría presenta actitudes regulares. Lo anterior puede confirmarse en el análisis de las entrevistas, ya que al profundizar en el tema, se encontró que los estudiantes no tienen concepciones ni actitudes completamente favorables lo cual podría repercutir en sus actitudes al atender a PVV en un futuro. Los estudiantes muestran ambivalencia sobre cómo actuar con ellos, influenciada por la concepción que presenten sobre diversos factores, desde lo que representa para ellos el VIH hasta las maneras en las que una persona puede contraerlo.

El tercer objetivo específico tiene que ver con determinar si la escolaridad y el género influyen en los conocimientos, formación académica, actitudes y concepciones de los estudiantes de psicología y enfermería en relación con el VIH. Este objetivo se pudo alcanzar por medio del análisis cuantitativo y cualitativo.

En el análisis cuantitativo respecto al semestre que cursaban los alumnos de la licenciatura en Psicología, se encontró que mientras más avanzados se encuentren en su carrera, hay una tendencia a sacar mayores puntuaciones en la mayoría de las áreas, es decir, mayor conocimiento y mejores actitudes, aunque la diferencia entre unos semestres y otros, no fue estadísticamente notoria. Por su parte, el análisis cualitativo arrojó poca diferencia entre los estudiantes de psicología que cursaban semestres más bajos y los estudiantes que cursaban los semestres más altos. En general, todos demostraron tener conocimientos, concepciones y actitudes en su mayoría favorables hacia el VIH y las PVV.

Mientras tanto, el análisis cuantitativo de los estudiantes de enfermería, arrojó que mientras más avanzados estuvieran en el curso de su carrera, mayores puntuaciones en la mayoría de las áreas. Sin embargo el análisis cualitativo, mostró que no había mucha diferencia entre los estudiantes de los semestres más bajos con los más altos, pues en todos los discursos se pudieron observar una similitud de concepciones y actitudes, excepto en los conocimientos, donde se pudo apreciar una diferencia entre los semestres más bajos y los altos, siendo estos últimos quienes demostraban saber un poco más de conocimiento sobre el

tema. En general, los estudiantes demostraron conocimientos, concepciones y actitudes regulares (y no tan favorables) hacia el VIH y las PVV.

Se considera que los resultados de ambas licenciaturas se relacionan en gran medida con la formación académica, como ya se ha mencionado con anterioridad, no obstante, se reflexiona que hay otros factores sociales, culturales y económicos que influyen en los conocimientos, actitudes y concepciones de los estudiantes.

Respecto al género, los hombres estudiantes de la licenciatura en psicología, tuvieron puntajes más bajos que las mujeres en relación con las concepciones y actitudes, siendo éstos quienes presentan actitudes más discriminatorias hacia las PVV. El puntaje obtenido por las mujeres fue considerablemente más alto, lo que significa que tienen menos estigma y actitudes discriminatorias que los hombres.

Por otro lado, los estudiantes hombres y mujeres de la licenciatura en enfermería tuvieron puntajes muy similares. Los puntajes fueron regulares, y solo una tercera parte de los estudiantes obtuvo puntajes altos, es decir, actitudes libres de estigmas y discriminación, el resto de los estudiantes tanto hombres como mujeres, presenta estigmas y conductas que se pueden considerar discriminatorias.

Aunque no es posible exponer con exactitud a que se deben estas variaciones, se considera que, al igual que los resultados anteriores, tiene que ver con las condiciones sociales, culturales y económicas de los estudiantes de ambas licenciaturas. Estos factores pueden influenciar en la formación académica, por ejemplo, el no tener los recursos económicos dificulta el acceso a una educación de calidad. Así mismo, la cultura de cada región se encuentra relacionada con las concepciones que tienen las personas, en este caso, sobre el VIH, ya que puede favorecer o alimentar prejuicios o actitudes discriminatorias. De la misma manera, se realiza una reflexión sobre el rol que ocupa el hombre y la mujer en la sociedad, también determinado por las condiciones antes mencionadas y sí tendría una influencia en que en general, las mujeres tiendan a discriminar menos que los hombres.

Por último, el cuarto objetivo específico se refiere a determinar si las actitudes de los estudiantes de enfermería y psicología hacia las personas que viven con VIH, se relacionan con la vulneración del derecho a la salud de estas últimas.



Las personas que viven con VIH tienen una serie de derechos en todos los ámbitos de su vida, para objeto de esta investigación, nos centramos en los derechos que tienen en el ámbito de la salud. Los profesionales de la salud están obligados a brindar un servicio dentro del marco de respeto a estos derechos, por lo que sus conocimientos, formación, concepciones y actitudes deben estar encaminadas a que dichos derechos se respeten. Como se ha revisado, algunas de las actitudes que los estudiantes de ambas licenciaturas presentan pueden ser un precedente para incurrir en prácticas discriminatorias si llegaran a atender a PVV. A su vez, las prácticas discriminatorias ejercidas por profesionales de la salud, vulneran el derecho a la salud.

A continuación se examinará la teoría existente junto con los resultados del análisis cuantitativo y cualitativo, de esta manera se pretende realizar un nexo entre las actitudes de los estudiantes que pueden derivar en discriminación y la vulneración del derecho a la salud de las PVV. Existen tres áreas centrales del derecho a la salud de los PVV en la presente investigación: el derecho a la vida sexual y reproductiva, el derecho a la confidencialidad y el derecho al tratamiento.

El análisis de las entrevistas de los estudiantes en psicología, indica que tienen un sentido de respeto de estos tres derechos de las PVV. Consideran que la confidencialidad es parte de la ética del profesional de la psicología y que debe ser fundamental en la relación psicólogo/a – PVV. De la misma manera, consideran que las decisiones relacionadas con la vida sexual y reproductiva son estrictamente personales, pues si una mujer que vive con VIH quisiera tener un hijo, está en todo su derecho de hacerlo con los cuidados correspondientes; y, por último, los estudiantes se encuentran conscientes de que recibir el tratamiento gratuito y adecuado para tratar el virus, es un derecho que no debe ser vulnerado bajo ninguna circunstancia, y que no depende de factores tales como la manera en la que se adquirió el VIH.

Por otro lado, el estudio cuantitativo arroja que los alumnos de la licenciatura en psicología obtienen puntajes altos en la categoría de actitudes de estigma y discriminación, lo que significa que, en su mayoría, los estudiantes están de acuerdo con la confidencialidad de los datos personales de las PVV, o en que las mujeres que viven con VIH tengan hijos si así lo desean. Sin embargo, los resultados también muestran puntajes medios en aproximadamente 1/3 de la población general, lo que indica que en un porcentaje considerable de estudiantes,

existe una ambivalencia entre si las mujeres deberían tener hijos o no, entre otras actitudes que podrían considerarse discriminantes.

El estudio cualitativo, arrojó que los estudiantes de psicología están de acuerdo en que el tratamiento para las PVV debería de ser gratuito y accesible para todas las personas que lo necesiten, ya sea para prevención del VIH o para quien ya vive con VIH. Los estudiantes están conscientes de que es un medicamento de costo elevado y que al gobierno le corresponde a través de los centros de salud proporcionarlo, independientemente de cualquier situación.

Con respecto al análisis cualitativo de los estudiantes de la licenciatura en enfermería, los resultados arrojan que hay opiniones variadas entre ellos. Los estudiantes están de acuerdo con que la confidencialidad en la relación enfermero/a – PVV es necesaria, y que es un derecho que debe respetarse. Por otra parte, cerca de mitad de los estudiantes expresa dudas sobre su postura de si las mujeres que viven con VIH deberían de tener hijos o no y si el tratamiento debería ser gratuito para todos o no.

El análisis cuantitativo de los estudiantes de la licenciatura en enfermería, arroja que los resultados son en su mayoría regulares en cuanto a su postura de si el tratamiento debería ser gratuito para todos, lo que indica que son muy similares a los resultados de las entrevistas: los estudiantes se encuentran con dudas respecto a su postura de si las mujeres que viven con VIH deberían tener hijos o no, si el tratamiento debería ser gratuito para todos.

Es necesario señalar que hay que prestar atención a las concepciones, creencias o mitos que los estudiantes tengan sobre el VIH y las PVV, pues esto puede afectar directamente su forma de tratarlas. Existen creencias religiosas o mitos de contagio que pueden influir en lo que una persona piense o actúa, por lo que es necesario realizar una reflexión en torno a ellos.

Ahora bien, ¿Por qué es preciso considerar los datos anteriores como posible vulneración al derecho a la salud de los PVV?

La CNDH ha puesto a disposición de la gente una cartilla de derechos, dentro del marco de la salud, los cuales deben de ser respetados para las personas que viven con VIH, donde se expresa lo siguiente:

- No debe existir la discriminación de ningún tipo.
- El vivir con VIH no debe ser impedimento para recibir atención médica.
- Tienen derecho a llevar una vida sexual y reproductiva con responsabilidad
- Tienen derecho a servicios de salud adecuados, a ser atendidos por profesionales de la salud capacitados y a recibir un trato cordial y de calidad.
- El expediente médico e información personal deben ser tratados con confidencialidad.
- Tienen derecho a recibir medicamentos antirretrovirales de manera gratuita por parte de los servicios de salud.
- Tienen derecho a la información clara, precisa y oportuna, por parte de los profesionales de la salud, información que sea fundamentada científicamente.
- Tienen derecho a conocer el procedimiento legal para emitir una queja o sugerencia en caso de que sus derechos humanos no sean respetados
- Las mujeres que viven con VIH tienen derecho a tener hijos y a recibir información precisa sobre la transmisión perinatal y de esta manera decidir cuándo y el número de hijos que quisiera tener.<sup>215</sup>

Las concepciones que los estudiantes tienen sobre lo que es el derecho a la salud, van a impactar en éste directamente. Si el estudiante no tiene los conocimientos, formación académica de calidad o tiene concepciones que pueden incurrir en actitudes discriminatorias, va a violentar el derecho a la salud. Cualquier persona que preste servicios de salud y considere contrariar lo estipulado, está incurriendo en violaciones al derecho a la salud.

Además, también existen leyes y resoluciones que amparan el derecho a la salud de las PVV. Por ejemplo, el año 2001 marca una pauta importante por los derechos de las personas que viven con VIH, ya que la Comisión de Derechos Humanos proclama una la resolución que menciona que el derecho al más alto nivel de salud, incluía el tratamiento antirretroviral que las personas necesitaban<sup>216</sup> lo que significa que indiscutiblemente, el tratamiento debe ser gratuito y estar accesible para todas las personas sin importar nada.

---

<sup>215</sup> CNDH, “Derechos humanos de las personas que viven con VIH o con sida”, [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/1\\_Cartilla\\_VIH\\_sida.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/1_Cartilla_VIH_sida.pdf), consultado el 11 de junio de 2016.

<sup>216</sup> Asamblea general, resolución 60/262 del 15 de junio de 2006.

Continuando con otros ámbitos del derecho a la salud, un profesional de la salud debe estar a favor de realizar campañas y medidas de prevención sobre VIH, no solo con las personas que no tienen el virus, sino también con quien lo tiene, pues puede existir una reinfección. La información debe estar al alcance de toda la población, y es parte del derecho a la salud de las PVV. Si un profesional de la salud considera que no es importante o que no deberían existir estas campañas, está poniendo en peligro el respeto a este derecho.

Respecto a los datos cuantitativos de la licenciatura en psicología, prácticamente más del 92% de los estudiantes está de acuerdo con que se lleven estas campañas de prevención a la población. Dichos datos se confirmaron con el análisis de las entrevistas, ya que los estudiantes externaron su aprobación hacia estas campañas y medidas de prevención.

Por otro lado, los datos cuantitativos de la licenciatura en enfermería, arrojaron que más del 85.5% de los estudiantes está de acuerdo con que se lleven estas campañas de prevención a la población. Los datos de las entrevistas demuestran una mayor aceptación de las campañas que lo que mostraron los datos cuantitativos.

Se considera que el que los estudiantes se encuentren con esos puntajes puede estar relacionado con puntos específicos, ya que en los instrumentos cuantitativos se habló sobre poblaciones clave y en riesgo como los hombres que tienen sexo con otros hombres, transexuales, adolescentes, etc. (Por ejemplo, si estaban de acuerdo en que los programas de prevención se implementaran en personas transexuales, mujeres que se dedican al trabajo sexual o en las primarias y secundarias) a lo que muchos no estuvieron de acuerdo. A partir de esto, se invita a la reflexión del por qué algunos estudiantes mantienen una actitud de rechazo a estas poblaciones o por qué consideran que informar a los adolescentes y preadolescentes no es tan adecuado.

Para terminar con la sección de discusión, se considera importante mencionar algunos resultados adicionales, no contemplados en los objetivos. Entre estos resultados se encontró que los sentimientos que experimentan los estudiantes al atender a PVV, repercuten en sus actos y que pueden llevar a vulnerar el derecho a la salud. Los estudiantes al no tener una concepción del VIH libre de estigma y/o prejuicios y al no tener los conocimientos o

información adecuados, pueden mostrar actitudes que podrían vulnerar el derecho a la salud de los PVV.

Como ya se mencionó con anterioridad, los estudiantes de la licenciatura en psicología se encuentran en menor contacto físico con las PVV en comparación a otras disciplinas. Lo anterior no significa que su labor no sea importante, sino que se desempeña un rol más emocional y menos físico. Por esta razón, no se sienten tan expuestos y en riesgo, por lo que sus sentimientos negativos hacia el VIH y/o PVV pueden ser menores que los de otras disciplinas.

Expuesto el punto anterior, los estudiantes de psicología obtuvieron en su mayoría puntajes altos en el ámbito cuantitativo en la escala de miedo, lo que significa que no les causa conflicto la atención a una persona que vive con VIH. Algunos de ellos tienen un puntaje regular, lo que denota que si bien lo anterior es acertado, un porcentaje de estudiantes puede experimentar inseguridad en esa atención. Por su parte, el análisis cualitativo confirma que los estudiantes no sentirían miedo como tal al atender a un PVV, pero si experimentarían sentimientos negativos a causa de un desconocimiento teórico del proceso de atención, es decir, les generaría dudas ya que consideran que no tienen la suficiente información respecto al tema.

Por otro lado, los estudiantes de la licenciatura de enfermería obtuvieron en su mayoría puntajes regulares, lo que significa que, por lo general, los estudiantes experimentan una sensación de miedo al atender a PVV. Los estudiantes externaron que actividades como tomar muestras de sangre les genera este sentimiento y en menor medida, actividades más simples como tomar la temperatura o estar en contacto con objetos de la persona, también les provoca sentimientos negativos. El análisis de las entrevistas confirma los resultados del análisis cuantitativo, los estudiantes externan que les genera sentimientos negativos el atender a una PVV, ya que consideran que actividades como las que necesitan estar en contacto con fluidos corporales los pone en riesgo de alguna manera. Así mismo, comentan que no se sienten preparados y con suficiente información y práctica, para darles una adecuada atención.

Después de realizar éste análisis, se considera necesario retomar los resultados del impacto de los sentimientos en la atención de los PVV. Si los estudiantes experimentan

sentimientos negativos en esta atención, podría aumentar la posibilidad de que tomen actitudes consideradas discriminatorias y por consecuencia, violentar el derecho a la salud. A juzgar por los resultados, se considera que es más probable que esta situación suceda más en enfermería que en otras disciplinas, debido a la cantidad de tiempo y cuidados que les brindan a las PVV cuando requieren atención médica.

## **CONCLUSIONES**

A partir de la revisión de la bibliografía y los resultados obtenidos, se encuentra una estrecha relación entre conocimientos, formación académica, concepciones y actitudes de los estudiantes hacia las PVV, es decir, uno puede influir en el otro. Las actitudes de los estudiantes están influenciadas por las concepciones y los conocimientos. Los conocimientos, concepciones y actitudes que los estudiantes presentan, están influenciados por su formación académica. Cada uno marca una pauta importante en el momento de pensar y actuar respecto al VIH y las PVV.

Además, existen otros factores que son determinantes para que el estudiante presente ciertos conocimientos, o determinadas actitudes o concepciones. Estos factores son sociales, culturales, económicos, y pueden repercutir en todos estos aspectos. El lugar geográfico donde los estudiantes residan, impactará en lo antes señalado. Así mismo, el género y la escolaridad también mantienen relación con los conocimientos, concepciones y actitudes que los estudiantes pueden tener hacia el VIH o las PVV e influyen en las mismas.

Se requiere que las instituciones académicas contemplen en su programa académico a las PVV, ya que son una población invisibilizada que constantemente sufre abusos en el ámbito social, educativo, laboral y de la salud. Los profesionales que trabajan en instituciones clínicas, deben salvaguardar su derecho a la salud, su compromiso es estar preparados y contar con las habilidades necesarias para brindar una atención de calidad. El que los programas académicos no tomen en consideración a esta población, únicamente los invisibiliza más y no aporta nada para que las actitudes discriminatorias cesen y el derecho a la salud sea respetado.

Se recomienda que las instituciones educativas se preocupen por la salud emocional de sus estudiantes, ya que mientras mejor se encuentren emocionalmente, mejores relaciones

podrán tener con las personas que atienden, pues no se debe olvidar que en su área de trabajo, constantemente se enfrentan a situaciones que pueden provocarles sentimientos que deben ser correctamente canalizados ya que también necesitan cuidar su salud integralmente y la parte psicológica es constantemente olvidada. Por tanto, si se les exige una adecuada atención física y emocional a las personas, incluidas las PVV, se debe procurar que reciban lo mismo para ellos/as.

En relación con lo anterior, los sentimientos que los estudiantes experimenten al hablar de VIH y PVV y al atenderlos, serán definitorios para la atención que ofrezcan. Si el estudiante presenta sentimientos negativos, dificultará esa atención y se pueden incurrir en prácticas de estigma y discriminación que pueden vulnerar el derecho a la salud, ya sea de manera consciente o inconsciente.

El derecho a la salud es muy amplio, sin embargo los aspectos aquí considerados, son especialmente vulnerados. El trato digno, el respeto a la confidencialidad, el acceso al tratamiento y el respeto al derecho reproductivo, son constantemente violentados en las instancias de salud. Se propone que se preste mayor atención y que no se pase por alto ningún aspecto de los mismos, que no se justifique, minimice o normalice su incumplimiento. Así mismo, se exige que se le dé seguimiento oportuno y adecuado a todas las violaciones a los derechos de las PVV, que no queden impunes y que se reparen los daños correspondientes.

Es preciso señalar que el analizar los conocimientos o concepciones que tienen los estudiantes durante su formación, no significa que necesariamente vayan a incurrir en alguna forma de discriminación o vulneración de derechos al atender a una PVV, pero si es posible que incremente el riesgo de que así sea en su ejercicio profesional. La propuesta es que se realice una pronta revisión a la formación académica, habilidades, conocimientos, actitudes, concepciones, etc., que el estudiante vaya construyendo, con la finalidad de que su preparación le brinde todas estas herramientas para la atención oportuna de las PVV.

Por último, no se debe olvidar que el ámbito social, cultural y económico repercute directamente en los estudiantes. Es complicado controlar estos aspectos desde el ámbito académico, por lo que es de suma importancia que la población en general reciba información oportuna y veraz sobre el VIH, pues se recuerda que un porcentaje de esta población, son o

serán los futuros profesionales de la salud que tendrán en sus manos la atención de todo tipo de padecimientos y lidiarán con aspectos mucho más complicados que encontrar una cura o recetar un medicamento.

#### LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- Los grupos de la licenciatura en enfermería se vieron limitados en la investigación, ya que en el periodo que se realizó la recolección de datos cuantitativos y cualitativos, los semestres de octavo y décimo ya no iban a clases, por lo que se dificultó aplicar los instrumentos. Las muestras únicamente se realizaron con los semestres de segundo, cuarto y sexto.

#### SUGERENCIAS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

- Para trabajar con estudiantes, se recomienda revisar con anterioridad el cronograma semestral de asistencia a clases para que los tiempos del investigador/a cuadren con los de ellos.
- Se sugiere que en caso de realizar un estudio similar pero comparativo, tomar en consideración los aspectos geográficos, económicos, sociales y culturales de las poblaciones de los estudiantes, ya que de ser muy diferentes, la comparación resulta poco ética y confiable.



## BIBLIOGRAFÍA

- Alicia Yamin y Ariel Frisancho “Enfoques basados en los derechos humanos para la salud en América Latina”, *Medicc Review*, 2015, núm. 14, p. 5.
- Amparo Madrigal y Francisco Mestre, “El sida como enfermedad social: análisis de su presencia e investigación”, <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0505110033A>, consultado el 15 de agosto de 2019.
- Ana Kornblit, *SIDA y sociedad*, Buenos Aires, Espacio editorial, primera edición, 1997, p. 15.
- Anastasio Ovejero, *Psicología Social: algunas claves para entender la conducta humana*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2010, p. 242.
- Angélica Román, “Guías clínicas, vías clínicas y protocolos de atención”, <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Series/GES01/5436>, consultado el 15 de agosto de 2019.
- Arturo del Castillo, “Modelo biológico y biopsicosocial de la salud”, [https://www.uaeh.edu.mx/docencia/P\\_Presentaciones/icsa/asignatura/Clase%20Arturo.pdf](https://www.uaeh.edu.mx/docencia/P_Presentaciones/icsa/asignatura/Clase%20Arturo.pdf), recuperado el 23 de abril de 2019.
- Asamblea General, resolución 60/01 del 16 de septiembre de 2005.
- Asamblea general, resolución 60/262 del 15 de junio de 2006.
- Asa Laurell, “Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad”, <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-043.pdf>, consultado el 21 de noviembre de 2018.
- Camilo Macías, et.al., “Enfoque psicológico para el tratamiento de personas que viven con VIH/sida”, *Revista información científica*, 2018, p. 97.
- Carlos Araque, “Una respuesta comprehensiva, más allá de las poblaciones clave”, *corresponsales clave*, <http://www.corresponsalesclave.org/2018/02/respuesta-vih->
- Carlos Lema, “Apogeo y crisis de la ciudadanía de la salud. Historia del derecho a la salud en el siglo XX”, *Bartolomé de las Casas*, Madrid, 2012, pp. 95-97.
- CENSIDA, “Intervenciones en enfermería para la atención de hombres y mujeres adultos con VIH”, <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-76515/ER.pdf>, consultado el 4 de septiembre de 2019.

- CENSIDA, “Los números del VIH en América Latina y El Caribe”, <https://www.gob.mx/censida/documentos/los-numeros-del-vih-en-america-latina-y-el-caribe>, consultado el 30 de mayo de 2017.
- CESIDA, “VIH y privacidad”, [http://www.cesida.org/wp-content/uploads/2013/09/ClinicaLegal\\_Informe\\_VIH\\_Y\\_PRIVACIDAD-.pdf](http://www.cesida.org/wp-content/uploads/2013/09/ClinicaLegal_Informe_VIH_Y_PRIVACIDAD-.pdf), consultado el 23 de marzo de 2019.
- CNDH, “Declaración de la Cumbre de París sobre el sida”, <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/ONU/Declaracion%20Cumbre%20de%20Paris%20sobre%20SI A.pdf>, consultado el 17 de junio de 2019.
- CNDH, “Derechos humanos de las personas que viven con VIH o con sida”, [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/1\\_Cartilla\\_VIH\\_sida.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/1_Cartilla_VIH_sida.pdf), consultado el 11 de junio de 2016.
- CNDH, “El derecho a la salud en México: problemas en su fundamentación”, [http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/lib\\_DerSaludMexico.pdf](http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/lib_DerSaludMexico.pdf), consultado el 1 de noviembre de 2018.
- CNDH, “Embarazo y VIH, sí se puede”, [http://informe.cndh.org.mx//uploads/nodos/10783/content/files/cartilla\\_EmbarazoVI\\_SiSePuede.pdf](http://informe.cndh.org.mx//uploads/nodos/10783/content/files/cartilla_EmbarazoVI_SiSePuede.pdf), consultado el 11 de junio de 2019.
- CNDH, “¿Qué son los Derechos Humanos?”, 2010, [http://www.cndh.org.mx/Que\\_son\\_Derechos\\_Humanos](http://www.cndh.org.mx/Que_son_Derechos_Humanos), consultado el 1 de noviembre de 2018.
- CONAPRED, “Ficha temática personas que viven con VIH”, <https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Ficha%20VIH.pdf>, consultado el 5 de marzo de 2019.
- CONASIDA, “Guía de enfermería para la atención de las personas con VIH”, [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/27267/guia\\_enfermeria\\_2a.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/27267/guia_enfermeria_2a.pdf), consultado el 6 de marzo de 2019.
- Constitución Política de Colombia, art. 49.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, art 1.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, art. 4.

- Constitución de la República de Cuba, art. 50.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, art. 3.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos, art 1.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos, art. 25.
- Diana Quintero, *La salud como derecho: estudio comparado sobre grupos vulnerables*, Bogotá, Siglo del Hombre, 2011, p. 209.
- DVVIMSS, “Organización de derechohabientes viviendo con VIH”, <http://www.dvvimss.org.mx/>, consultado el 1 de noviembre de 2018.
- Dworkin Ronald, *Los derechos en serio*, Londres, Ariel, 2012.
- ENADIS, Comunicado de prensa núm. 346/18, México, 6 de agosto de 2018, [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/EADIS2017\\_08.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/EADIS2017_08.pdf), consultado el 12 de junio de 2019.
- Enrique Uribe y María González, “La protección jurídica de las personas vulnerables”, *REDALYC*, Barranquilla, 2007, núm. 27.
- Erving Goffman, *Estigma. La identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrurtu, 1998.
- Fernando Stern, *El estigma y la discriminación: ciudadanos estigmatizados, sociedades lujuriosas*, Ediciones novedades educativas de México, Buenos Aires, primera edición, 2015, p. 176 – 177.
- Fundación Huésped, “Abordaje psicológico de personas con VIH”, <https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/11/Abordaje-psicologico-de-personas-con-VIH.pdf>, consultado el 5 de marzo de 2019.
- Fundación huésped, “Qué y cuáles son los derechos sexuales y reproductivos”, <https://www.huesped.org.ar/informacion/derechos-sexuales-y-reproductivos/tus-derechos/que-son-y-cuales-son/>, consultado el 11 de junio de 2019.
- Gordon Allport, *Attitudes*, Murchison, 1935, citado por: Martín-Baró, 1988
- Graciela Moreto, *et.al.*, “Reflexiones sobre la deshumanización de la educación médica: empatía, emociones y posibles recursos pedagógicos para la educación afectiva del estudiante de medicina”, 2018, 19, p.172.
- Gerardo Molina, *Derechos Económicos, sociales y culturales*, Bogotá, KIMPRES LTDA, 2009, p. 142.

- IAPAC, “SIDA: mitos y malos entendidos”, [http://www.aidsinfonet.org/fact\\_sheets/view/158?lang=spa](http://www.aidsinfonet.org/fact_sheets/view/158?lang=spa), consultado el 15 de agosto de 2019.
- IMSS, “Intervenciones de enfermería para la atención de mujeres y hombres adultos con VIH”, <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-76515/ER.pdf>, consultado el 6 de marzo de 2019.
- INEGI, “Panorama sociodemográfico de San Luis Potosí”, [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod\\_serv/contenidos/esanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/inter\\_censal/panorama/702825082345.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/esanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/panorama/702825082345.pdf), consultado el 8 de julio de 2019.
- Irma Conejeros et al., “Conocimientos, actitudes y percepciones de enfermeros y estudiantes de enfermería hacia VIH/SIDA”, *Investigación y educación en enfermería*, 2010, núm. 3, p. 346.
- Isabel Naranjo y Gloria Ricaurte, “La comunicación con los pacientes”, *Investigación en educación en enfermería*, 2006, 24, p. 94.
- Jaime Miranda y Alicia Yamin, “Educando a los futuros profesionales de la salud: un reto para la salud y los derechos humanos en América Latina”, *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 2008, núm. 25.
- Jesús Rodríguez, “Una idea teórica de la no discriminación”, <https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/BD-DND-7.pdf>, consultada el 21 de febrero de 2019.
- José Francisco Ruíz, “El derecho a la protección de la salud y la responsabilidad del Estado”, *Salud Pública de México*, México, 1985, p.6.
- José Ignacio Echániz, “Política sanitaria: la reforma de la sanidad”, *Anuario de paz y conflictos*, 1999, p. 400.
- José Manuel Peixoto, “Estigma y discriminación laboral por VIH/Sida: Un problema de salud pública”, [http://apps.siquant.pt/aidscongress/Modules/WebC\\_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=274](http://apps.siquant.pt/aidscongress/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=274), consultado el 19 de noviembre de 2018.

- Jorge García y Consuelo Vélez, “América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: políticas públicas implementadas”, *Rev. Salud Pública*, Manizales, 2013, pp. 733-734.
- Julio Frenk et al., “Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente”, *Educación médica*, 2005, 16, p. 9.
- Leonardo Arévalo y Sandra Ávila, “Religión y espiritualidad, una mirada del estigma frente al VIH/Sida: revisión literaria”, *Revista Médica*, 2012, núm. 1, p. 56.
- Ley general de salud, art. 51.
- Lex Ética Legal Medical Consulting, <http://www.lexeticablog.com/2014/01/negligencias-m%C3%A9dicas-imprudencias-e-impericias.html>, consultado el 30 de octubre de 2018.
- Lori Ashford, “Cómo se ven afectadas las poblaciones por el VIH y el SIDA”, [https://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/poblaciones\\_vih%20%281%29.pdf](https://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/poblaciones_vih%20%281%29.pdf), consultado el 2 de diciembre de 2018
- Marcela Arrivillaga y Bernardo Useche, *SIDA y sociedad: crítica y desafíos sociales frente a la epidemia*, Bogotá, Ediciones Aurora, primera edición, 2011.
- María Baeta y Suely Itsuko, “La integralidad en la atención primaria de salud en los servicios de salud brasileiro y español”, *Publicación Oficial de la Sociedad española de Familia y Comunitaria*, 2009, núm. 7, p. 402.
- Martha Alzate et al., *VIH y sida: una perspectiva de salud pública*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, primera edición, 2010.
- Michelle Escobar, “Conocimientos, actitudes y prácticas de VIH/SIDA en personal médico, enfermería y laboratorio”, <http://www.sidastudi.org/es/registro/d25f08042259b3e4012259c1e25f002b?text=enfermeria%20+discriminacion%20+vih&autor=&format=&lleng=&title=&signatura=&yearBegin=&search=simple&yearEnd=&tipus=>, consultado el 22 de agosto de 2019.
- Medlineplus, “Comunicarse con los pacientes”, <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000456.htm>, recuperado el 6 de abril de 2019.
- México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2014.

- Mercedez Fraile, “Modelo biomédico y modelo psicosocial”, <https://ifdcsanluis.edu.ar/sitio/upload/MODELO%20BIOMEDICO%20y%20IOPSIOSOCIAL.pdf>, consultado el 23 de abril de 2019.
- Miguel Pérez, “El derecho Constitucional a la protección de la salud”, *Alegatos*, México, 2001.
- Natalia Barrera y Alexandra Herrero, “Actitud de los estudiantes de enfermería frente a un paciente con VIH/SIDA” <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/actitud-de-los-estudiantes-de-enfermeria-frente-a-un-paciente-con-vih-sida/>, consultado el 22 de agosto de 2019.
- OMS, “25 preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos”, [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42592/9243545698\\_spa.pdf?sequen=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42592/9243545698_spa.pdf?sequen=1&isAllowed=y), consultado el 10 de junio de 2019.
- OMS, “Salud mental, un estado de bienestar”, [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/), recuperado el 27 de febrero de 2019.
- ONU, “20 logros en materia de derechos humanos”, <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/OHCHR20/Pages/Achievements.aspx>, consultado el 14 de junio de 2019.
- ONU, “Discriminación”, <http://acnudh.org/temas-de-ddhh/discriminacion/>, consultado el 20 de noviembre de 2018.
- ONU, “La estigmatización en los derechos del agua y saneamiento”, <http://www.ohchr.org/SP/Issues/WaterAndSanitation/SRWater/Pages/Stigmatization.spx>, consultado el 25 de octubre de 2017.
- ONU, “Discriminación”, <http://acnudh.org/temas-de-ddhh/discriminacion/>, consultado el 15 de noviembre de 2018.
- ONU, “Salud y Derechos Humanos”, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>, consultado el 25 de octubre de 2017.
- ONUSIDA, “Directrices del ONUSIDA para las asociaciones con la sociedad civil, incluidas las personas que viven con el VIH y las poblaciones clave”,

- [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2236\\_guidance\\_partnership\\_ivilsociety\\_es\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2236_guidance_partnership_ivilsociety_es_0.pdf), consultado el 5 de marzo de 2019.
- ONUSIDA, “Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos”, [http://data.unaids.org/pub/report/2006/jc1252-internationalguidelines\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/report/2006/jc1252-internationalguidelines_es.pdf), consultado el 6 de junio de 2019.
- ONUSIDA, “Grupos de población clave”, <http://www.unaids.org/es/topic/key-populations>, consultado el 23 de febrero de 2019.
- ONUSIDA, “Hacer frente a la discriminación”, [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/confronting\\_discrimination\\_es.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting_discrimination_es.pdf), consultado el 21 de febrero de 2019.
- ONUSIDA, “Hoja informativa noviembre de 2018”, [http://files.sld.cu/sida/files/2016/12/UNAIDS\\_FactSheet\\_es-noviembre-2.pdf](http://files.sld.cu/sida/files/2016/12/UNAIDS_FactSheet_es-noviembre-2.pdf), consultado el 21 de febrero de 2019.
- ONUSIDA, “Tratamiento del VIH”, <https://www.unaids.org/es/topic/treatment>, consultado el 11 de junio de 2019.
- ONUSIDA, “VIH/SIDA y los derechos humanos”, <https://www.ohchr.org/SP/Issues/HIV/Pages/HIVIndex.aspx>, consultado el 10 de junio de 2019.
- ONUSIDA, “Violaciones de los Derechos Humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH”, [https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores\\_en\\_salud/derechos%20humanos/sida/violacionesddhh.pdf](https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/sida/violacionesddhh.pdf), consultados el 20 de noviembre de 2018.
- Organización Panamericana de la Salud, “Comprensión y respuestas al estigma y a la discriminación por el VIH/SIDA en el sector salud”, <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/OPS/Compresnsion%20del%20Estigma%20y%20discriminacion%20por%20VIH%20en%20el%20sector%20salud%20OPS.pdf> consultado el 15 de noviembre de 2018.
- Oscar Vera, “Aspectos médicos y legales en el acto médico”, *Revista médica La Paz*, La paz, 2013.

- OPS, “Poblaciones clave”, [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7266:hi-prevention-comprehensive-care-key-populations&Itemid=40682&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7266:hi-prevention-comprehensive-care-key-populations&Itemid=40682&lang=es), consultado el 23 de febrero de 2019.
- OPS, “Países de América Latina y el Caribe se comprometen a reducir un 75% las nuevas infecciones por VIH en adultos y jóvenes para el 2020”, [https://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_content&view=article&id=310:pa-ses-de-america-latina-y-el-caribe-se-comprometen-a-reducir-un-75-por-ciento-las-nuevas-infecciones-por-vih-en-adultos-y-jovenes-para-2020&Itemid=215&lang=es](https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=310:pa-ses-de-america-latina-y-el-caribe-se-comprometen-a-reducir-un-75-por-ciento-las-nuevas-infecciones-por-vih-en-adultos-y-jovenes-para-2020&Itemid=215&lang=es), consultado el 23 de febrero de 2019.
- Organización Panamericana de la Salud, “Comprensión y respuestas al estigma y a la discriminación por el VIH/SIDA en el sector salud”, <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/OPS/Compresnsion%20del%20Estigma%20y%20discriminacion%20por%20VIH%20en%20el%20sector%20salud%20OPS.pdf>, consultado el 15 de noviembre de 2018.
- Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales, art. 12.
- PASCA, “Estigma y discriminación asociados al VIH”, [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00J4VH.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00J4VH.pdf), consultado el 15 de noviembre de 2018.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, “Información básica sobre el VIH”, <http://www.unaids.org/es>, consultado el 4 de diciembre de 2018.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales “Protocolo de San Salvador”, art. 10.
- Red-DESC, “Una introducción a los derechos económicos, sociales y culturales”, <https://www.escri-net.org/es/derechos>, consultado el 14 de noviembre de 2018.
- Revista de la Comisión Internacional de Juristas*, núm. 55, diciembre de 1995, pp. 91
- Rifat Atun et al., *Health-system reform and universal health coverage in Latin America*, s.l., The Lancet, 2015.
- Rodolfo Figueroa, “El derecho a la salud”, *Estudios Constitucionales*, Santiago, 2013, núm. 3, p.81.



Statista, “La epidemia del VIH continúa extendiéndose por América Latina”, <https://es.statista.com/grafico/16258/el-vih-sida-en-latinoamerica/>, consultado el 23 de febrero de 2019.

USAID/PASCA, “Estigma y discriminación asociados al VIH”, [https://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00MJBS.pdf](https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00MJBS.pdf), consultado el 14 de junio de 2019.

Víctor Abramovich y Christian Curtis, “El derecho a la atención sanitaria como derecho exigible”, *La Ley. Suplemento de Jurisprudencia de Derecho Administrativo*, Buenos Aires, 2001, núm. 119, p. 16.

Tedros Ghebreyesus, “La salud es un derecho humano fundamental”, 2017, <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/>, consultado el 10 de junio de 2019.

## ANEXOS

- Entrevista semi estructurada realizada individualmente a los alumnos de las carreras de psicología y enfermería de la UASLP

A continuación se presentan una serie de preguntas que te pedimos respondas de acuerdo a tus creencias y conocimientos. La información obtenida será utilizada con fines académicos y es completamente confidencial, no es necesario que escribas tu nombre. Al final del cuestionario hay un dato de contacto al que puedes escribir en caso de tener alguna duda o pregunta. Gracias por tu tiempo.

Sexo:

Edad:

Semestre:

Licenciatura:

1. ¿Has tenido la oportunidad de atender a una persona VIH positiva?
2. ¿Sabes cuáles son las formas de transmisión del virus (VIH)?
3. ¿Consideras que en tu universidad te preparan para atender pacientes VIH positivos?
4. ¿Cómo describirías la educación en tu escuela?
5. ¿Consideras que los educan para ser sensibles ante las necesidades de los pacientes?
6. ¿Consideras que es importante la utilización de protocolos tanto en la escuela como en las clínicas para atender a las personas VIH positivas? ¿Por qué?
7. ¿Conoces alguna política pública, ley, protocolo de atención sobre el VIH de alguna organización nacional o internacional? Si es así, ¿cuál?
8. ¿Qué opinas de la confidencialidad del psicológico con el paciente con VIH?
9. ¿Crees que en algún momento es permitido perder esa confidencialidad? ¿Hay a alguien en específico a quien consideres que puedes revelar información sobre el paciente?
10. Si el paciente VIH positivo tiene una pareja o varias parejas sexuales y tú tienes conocimiento, sin embargo él no quiere hablar con ellas sobre su diagnóstico ¿qué harías?
11. ¿Qué opinas sobre los medicamentos antirretrovirales, (son los medicamentos que necesita una persona VIH positiva para mantener su salud), crees que deberían de ser gratuitos para todos?
12. ¿Qué opinas sobre que las mujeres VIH positivas tengan hijos?
13. ¿Consideras que las personas VIH positivas tienen alguna limitante en la sociedad?
14. ¿Por qué causas consideras que las personas adquieren el virus?
15. ¿En este momento como te sentirías si tuvieras que atender a una persona VIH positiva?

16. ¿Qué cuidados tendrías en tu lugar de trabajo si atendieras a una persona VIH positiva?
17. ¿En algún momento de tu carrera identificas alguna actitud de parte tuya que pudiera considerarse como discriminatoria, ya sea con una persona con VIH o no? ¿Puedes describirla?
18. ¿Cómo crees que está la situación hacia la concepción del VIH y hacia los pacientes y discriminación aquí en México?
19. ¿Algo que quisieras agregar que creas que es importante para esto y que no hayamos

- Instrumentos aplicados

1. Encuesta de opinión pública: “Estudio de estigma y discriminación asociados al VIH”

Sexo: Masculino/Femenino    Edad: \_\_\_\_\_    Licenciatura: \_\_\_\_\_  
Semestre: \_\_\_\_\_

Preferencia sexual: Heterosexual/Homosexual/Bisexual/otro

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de oraciones y opciones de respuesta para cada una. Usted deberá elegir únicamente una opción de respuesta para cada oración, de acuerdo con su opinión. Marque una “X” en el recuadro que más se acerque a lo que usted piensa. No existen respuestas correctas o incorrectas, puede sentirse con la libertad de responder con la verdad. Se le recuerda que la información es completamente anónima ya que su nombre no es necesario, únicamente será utilizada para fines de investigación.

Afirmación	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1-El VIH es un problema serio en México				
2-La televisión y la radio deben ofrecer más información sobre VIH				
3-Se debe dar educación en VIH a los y las jóvenes en los colegios				
4-El gobierno debe promover más campañas educativas sobre el VIH				
5-Las personas pueden protegerse contra el VIH				
6-Los preservativos o condones deberían estar fácilmente disponibles para las personas que los quieran utilizar, incluyendo adolescentes				
7-El dueño de una empresa debería tener el derecho de pedir una prueba del VIH como pre-requisito para dar un empleo				
8-Las personas que viven con VIH deben tener acceso a lugares públicos				
9-El gobierno está atendiendo adecuadamente el problema del VIH				
10-El gobierno está obligado a brindar medicamentos a las personas que viven con VIH				
11-Deben implementarse programas de prevención de VIH con				

hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres				
12-Deben implementarse programas de prevención de VIH con trabajadores y trabajadoras sexuales				
13-Los niños y niñas que viven con VIH deberían recibir educación aparte				
14-Las mujeres que viven con VIH tienen derecho a quedar embarazadas				
15-Dios castiga a los trabajadores/as sexuales y a los homosexuales con VIH por su forma de vivir				
16-Los y las trabajadoras sexuales VIH positivos/as se lo buscaron por su mal comportamiento				
17-Un amigo homosexual puede vivir en mi casa				
18-Las personas tienen derecho de agredir a las personas transexuales por su forma de ser				
19-Me siento cómodo/a trabajando a la par de una persona transexual				
20-Las personas transexuales tienen derecho a tener documentos de identidad que las identifiquen como mujeres				

- **Notas:**

2. Herramienta de monitoreo de indicadores globales: “Midiendo estigma y discriminación hacia el VIH entre personas que trabajan en facilidades de salud

- **Instrucciones:** A continuación se presentan una serie de oraciones y opciones de respuesta para cada una. Usted deberá elegir únicamente una opción de respuesta para cada oración, de acuerdo a su opinión. Marque una “X” en el recuadro que más se acerque a lo que usted piensa, si no se encuentra en alguna de las situaciones planteadas, imagine y seleccione lo que más se aproxime a lo que usted cree. No existen respuestas correctas o incorrectas, puede sentirse con la libertad de responder con la verdad. Se le recuerda que la información es completamente anónima ya que su nombre no es necesario, únicamente será utilizada para fines de investigación. En caso de nunca haber experimentado alguna de las situaciones expuestas a continuación, imagine como sería si en algún momento se diera la oportunidad.

- **¿Qué tan preocupada/o estaría de contraer VIH, si usted hiciera lo siguiente?**

Oración	No me preocupa	Un poco preocupado	Preocupado	Muy preocupado
21 Colocar vendajes a una herida de un paciente que vive con VIH				
22 Tomar una muestra de sangre a un paciente que vive con VIH				
23 Tomar la temperatura de un paciente que vive con VIH				
24 Tocar la ropa de un paciente que vive con VIH				

- **¿Utilizarías alguna de las siguientes medidas al cuidar y brindar servicios a un/a paciente que vive con VIH?**

Oración	Si	No
25 Evitar tener contacto físico		
26 Usar doble guantes		
<b>Responda las siguientes preguntas:</b>		

27¿Usted ha atendido a alguna persona VIH positiva?		
28¿Estaría en problemas en el trabajo o escuela si Discrimino a pacientes que viven con VIH?		
29¿En mi trabajo o escuela existen políticas que protegen a paci viven que viven con VIH?		

-  
- **¿Usted ha observado o escuchado lo siguiente?**

<b>Oración</b>	<b>Nunca</b>	<b>Una o dos veces</b>	<b>Varias veces</b>	<b>Casi todo el tiempo</b>
30Personas que trabajan en el ámbito de la salud que se Rehúsan a atender a una persona que vive con VIH				
31Personas que trabajan en el ámbito de la salud que realizan Un mal trabajo con personas que viven con VIH (mala actitud, Comentarios negativos, etc)				

-  
- **Diga si está totalmente de acuerdo, de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones**

<b>Oración</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
32 hay recursos adecuados (por ejemplo guantes) en m trabajo/escuela que reducen el riesgo de contraer VIH				
33 Hay procedimientos/protocolos estandarizados en m trabajo/escuela que reducen el riesgo de contraer VIH				
34 A la mayoría de las personas que viven con VIH no les Importa si transmitieran el virus a otras personas				
35 Las personas que viven con VIH deberían sentirse Avergonzadas de ellas mismas				
36 Las personas que adquieren el VIH es porque se involuc En conductas irresponsables				
37 Las mujeres que viven con VIH deberían quedar Embarazadas y tener hijos/as, si así lo desean				