

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
UNIDAD CENTRAL
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**



**ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN RELACIÓN AL VIH POR EL PERSONAL
DEL SISTEMA BÁSICO DE SALUD INTEGRAL SUR, MICRO-RED SAN
MARCOS, JUNIO- AGOSTO DE 2017.**

Informe final presentado por:

Vilma Alicia Avelar Henríquez

Virginia Ester Fernández Medina

Melsi Alexis García Ortéz

Para Optar al Título de:

DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:

Dr. Juan José Cabrera Quezada

San Salvador, Noviembre 2017.

CONTENIDO

RESUMEN.....	i
INTRODUCCIÓN.....	ii
OBJETIVOS.....	5
MARCO TEÓRICO.....	6
1. Estigma “percibido” y estigma “efectivo”.....	10
2. La discriminación.....	10
3. Estigma, discriminación y el VIH/Sida.....	12
4. Causas.....	13
5. Personas afectadas.....	14
6. Comportamiento de alto riesgo.....	17
7. Repercusiones del estigma y la discriminación.....	17
DISEÑO METODOLÓGICO.....	19
• Tipo de investigación.....	19
• Período de investigación.....	19
• Universo.....	19
• Muestra.....	19
• Variables.....	19
• Operacionalización de variables.....	20
• Fuentes de información.....	21
• Técnicas de obtención de información.....	21
• Consideraciones bioéticas.....	23
• Procesamiento y análisis de información.....	23
RESULTADOS.....	25
I. Características sociodemográficas.....	25
II. Prevalencia de estigma y discriminación.....	28
III. Prácticas de discriminación en la atención de salud.....	33
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	33
CONCLUSIONES.....	38
RECOMENDACIONES.....	40
BIBLIOGRAFÍA.....	41
GLOSARIO.....	43
ANEXO 1: Encuesta autodilenciada para valorar el proceso de atención en relación al VIH	
ANEXO 2: Consentimiento informado.	

RESUMEN

Contexto: el VIH es una infección de transmisión sexual que afecta a más de 20,000 personas en El Salvador, por lo anterior la presente investigación exploró las prácticas y actitudes que se relacionan al estigma y discriminación en VIH-Sida por parte del SIBASI Sur Micro-red San Marcos, ya que este es un parámetro de calidez del servicio de salud.

Objetivos: Se plantearon como objetivos el reconocer condiciones del personal de salud asociadas a estigma y discriminación, identificar prácticas y actitudes hacia las poblaciones con VIH y vulnerables o de mayor riesgo.

Método: Para ello se realizó un estudio observacional de asociación cruzada, de tipo transversal que incluyó 107 profesionales del área de la salud, respondiendo a un instrumento de complementación voluntaria que contenía preguntas relacionadas con prácticas de estigma y discriminación en el campo de trabajo.

Resultados: Entre los hallazgos obtenidos no se encontró relación estadística según las variables estudiadas de un perfil del personal de salud que discrimine. Los participantes han conocido casos en que el personal de salud ha evitado dar asistencia a pacientes VIH¹ y HSH² 3.7% y 9.3% respectivamente, además refieren el etiquetado de expedientes de pacientes con VIH en un 17.8%, este último lo hace la práctica discriminatoria más frecuente. En cuanto a las actitudes, un 61.7% mostraron actitudes de estigma, y un 4.7% mostraron actitudes de discriminación, el resto se encontró libre de ello.

Conclusiones: Desde la perspectiva estadística no existe relación entre las variables analizadas en el apartado de “datos generales” y el nivel de estigma y discriminación del personal de salud, pero las prácticas y actitudes de estigma y discriminación hacia las personas con VIH y población en riesgo están presentes en los trabajadores de salud.

¹ **VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana.

² **HSH:** Hombres que tienen sexo con hombres.

INTRODUCCIÓN

En términos generales, **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. (1)

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. (1)

En relación con el VIH y Sida³, el estigma y la discriminación se identifica como un proceso de desvalorización de las personas que viven con VIH o Sida o a las que se asocian con ellos. “Se manifiesta en creencias, sentimientos, actitudes y conductas negativas y hostiles que pueden afectar a todas aquellas personas de quienes se sospecha pueden tener VIH, se relacionan con alguien que vive con VIH, o se perciben en mayor riesgo de contraer el VIH, como trabajadoras/es sexuales, hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trans”. (1)

El estigma y la discriminación en paciente VIH ya ha sido tratado por la Organización Panamericana de la Salud en el año 2003 en el estudio ***Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/Sida en el sector salud***, donde afirma que: “un documento de 1999 informa que la orientación de los pacientes VIH positivos mejoró después de que el Ministerio de Salud reconoció que la mayor parte [de los trabajadores de salud] no sabían cómo proporcionar orientación, ni siquiera se dan cuenta de la necesidad de proporcionarla” (2).

En la encuesta de opinión pública “Estigma y discriminación en relación al VIH y Sida en El Salvador” realizada por PASCA⁴ en el período 2011-2013 se

³ **Sida:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

⁴ **PASCA:** Programa para fortalecer la respuesta Centroamericana al VIH.

concluye que una amplia mayoría de la población tiene conocimiento acerca del VIH y el Sida, pero existen contradicciones entre las opiniones que aceptan mandatos sociales basados en los derechos humanos y ciudadanos, y las actitudes hacia las poblaciones en mayor riesgo en ámbitos privados, así tres a cuatro de cada diez personas en El Salvador sostiene aún actitudes que pueden llevar a la discriminación de personas con VIH y personas de poblaciones en mayor riesgo⁵. (3).

Por lo tanto, en una sociedad como la de El Salvador, uno de los flagelos más importantes sobre las infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH, lo constituye el estigma y la discriminación que las personas con VIH y las poblaciones de mayor riesgo sufren a nivel social, situación que actualmente impacta a los sistemas de salud.

Por esta razón, en el presente estudio se investigó la presencia de este fenómeno en los profesionales de salud, estimando si la atención a dichos pacientes se encuentra afectada a causa de ello, estableciendo las características relacionadas con la conducta del profesional en su ejercicio. La investigación beneficiará directamente a los tomadores de decisión del Ministerio de Salud quienes con la información resultante de la investigación podrán formular estrategias para sensibilizar a los trabajadores de salud.

Por lo tanto el estudiar el estigma y la discriminación a nivel de sociedad y sobre todo a nivel de las instituciones prestadoras de servicios de salud, resulta sumamente relevante por ser un obstáculo reconocido y prevaleciente para una respuesta efectiva a la epidemia del VIH.

El presente estudio se realizó en el sistema de salud que corresponde a la microred de San Marcos, la metodología de la investigación es de tipo observacional, asociación cruzada y transversal, se utilizó el cuestionario autodilucidado para la obtención de la información el cual fue anónimo.

⁵ Los términos «población clave» o «población en mayor riesgo» se refieren a aquella parte de la población que tiene más probabilidad de estar expuesta al VIH o de transmitirlo, por lo que su participación es fundamental de cara a obtener una respuesta de éxito frente al VIH; es decir, es clave en la epidemia y en la búsqueda de una respuesta para la misma. (FUENTE: Orientaciones terminológicas de ONUSIDA).

Los resultados constituyen un valioso insumo para estimar la persistencia del problema y así, proporcionar información al sistema de salud que permitirá mejorar los servicios de atención a los usuarios.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer la presencia del estigma y de la discriminación en relación al VIH por el personal del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) Sur, junio- agosto de 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconocer condiciones del personal de salud asociados a la presencia del estigma y discriminación
- Identificar prácticas de discriminación en la atención de salud suministrada a personas con VIH.
- Describir actitudes estigmatizantes y discriminatorias hacia la población con VIH y VIH avanzado o etapa Sida, además de personas con mayor riesgo de infectarse de VIH.

MARCO TEÓRICO

El informe de 2004 elaborado por el Programa de Naciones Unidas para el Sida (ONUSIDA) estima que unos 40 millones de personas viven con VIH-Sida en el mundo. Solo en el 2005, unos 4,9 millones de personas han contraído la enfermedad y alrededor de 3,1 millones han fallecido a consecuencia de las enfermedades oportunistas que derivan del Sida o VIH avanzado, una de las principales causas de mortalidad en el mundo. (4)

De 1984 a 2015, el Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL), ha registrado 33,184 casos de VIH, 28% (8,931) se encuentra en fase de VIH avanzado o Sida (5). Los datos también evidencian que hasta 2012, el 63% (18,279) de los casos corresponden a hombres y el resto son mujeres (6). (Ver tabla 1)

En términos absolutos, la tendencia de notificación de casos nuevos de VIH/sida aumentó de manera progresiva en los primeros 17 años hasta el 2001 en El Salvador, posteriormente, el comportamiento presenta una estabilización con puntos máximos que alcanzan los 2,100 casos anuales y los mínimos en 1,191, no obstante, existe el importante reto por mejorar la subnotificación de casos que no alcanza a registrarse a través de los servicios de salud. La tendencia del sistema de salud de registrar 6 casos nuevos por día que se observaba en 2007, ha ido disminuyendo hasta los 4 casos diarios en diciembre de 2015. (6)

Tabla 1: Casos nuevos y acumulados de VIH desde el año 2008 - 2012

Casos nuevos	2008	2009	2010	2011	2012 preliminar	Acumulado hasta el 2012
Casos nuevos de VIH	1.578	1.424	1.784	1.625	1.472	20.311
Casos nuevos de VIH avanzado	262	163	115	78	67	8.931
Total de casos nuevos por año	1.840	1.587	1.899	1.703	1.539	29.242
Población estimada DIGESTYC	6.124.704	6.152.558	6.183.002	6.216.142	6.251.494	
Tasa por 100,000 h	30	26	31	27	25	
Fuente: Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica de Personas con VIH-sida (SUMEVE)						

El análisis de nuevos casos por grupos de edad, se evidencia que la mayor cantidad se concentra en las personas de 20 a 39 años (tasa de 46 por 100,000 h), el segundo lugar lo ocupa el grupo de los adultos de 40 a 59 años (tasa de 39 por cada 100,000 h). (6) (Ver tabla N°2)

Tabla 2: Grupos específicos de edad de casos de VIH.

Grupos específicos de edad	2008	2009	2010	2011	2012 preliminar
< 10 años	17	9	16	11	10
10 – 19	83	71	100	84	124
20 – 39	1.187	972	1.173	1.011	874
40 -59	443	421	488	502	433
> 60 años	110	114	122	95	98
Total	1.840	1.587	1.899	1.703	1.539

Fuente: Construcción a partir de información del Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica de Personas con VIH (SUMEVE).

En cuanto a la evolución de la epidemia y comparando la prevalencia del VIH según la procedencia de los casos en los años 2008 y 2012, se observa una disminución de 5 puntos de la tasa nacional promedio en 56 puntos, quedando en 25 por 100,000 habitantes para 2012. Los departamentos de San Salvador y Sonsonate presentan siempre tasas mayores que el promedio nacional y presentan además un riesgo relativo mayor de nuevos casos con 47% y 27% respectivamente (6), (ver tabla N°3).

Tabla 3: Tasas acumuladas combinadas de VIH y VIH avanzado según departamento de procedencia (Enero 2008 - diciembre 2015)

Departamento	Tasas
Morazán	55
Cabañas	98
San Vicente	85
Chalatenango	85
Usulután	119
La Unión	110
San Miguel	169
La Libertad	165
Cuscatlán	122
Santa Ana	190
Ahuachapán	169
La Paz	188
Sonsonate	241
San Salvador	262

Tasa por 100,00 habitantes (6).

La prevalencia del VIH se mantiene por debajo del uno por ciento en la población general, pero sigue siendo un problema dentro de las poblaciones de mayor riesgo como los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) con un 10%, para las mujeres trabajadoras sexuales (MTS) con un 3.1%, y en el caso de las mujeres trans (MT) para el 2008 se reportó un 25.8% de prevalencia, lo que permite clasificar a El Salvador con una epidemia concentrada.⁶ (6)

Dentro de la cascada de atención para el 2015, se estima que 19,012 Personas con VIH en El Salvador, 94% (17,945) de ellas conocen su diagnóstico, 66% (12,682) de las personas están vinculados con los servicios de salud, 42% (8,034) están retenidas en los servicios de salud, el 40% (7,641) reciben tratamiento antirretroviral, y un 28% (5,314) viven con carga viral suprimida; lo

⁶ En muchos países, el VIH todavía se considera una epidemia "baja" o "concentrada", es decir, que está confinada principalmente a individuos que adoptan comportamientos de alto riesgo, como los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres.

que permite estimar las brechas para poder alcanzar las metas 90-90-90⁷ que ha establecido ONUSIDA. (7)

El Sustento legal del abordaje del VIH descansa desde la misma constitución de la República que establece como derecho la salud, hasta leyes secundarias como Ley de VIH, y otros documentos normativos del MINSAL que dan el apoyo jurídico de las intervenciones dispuestas en el Plan Estratégico Multisectorial Nacional (PEMN). (8).

El estigma es tan antiguo como la historia. El concepto es universal, aunque la palabra es de origen griego y se refiere a la marca física que se deja con fuego o con navaja en los individuos considerados extraños o inferiores. En la actualidad, las marcas físicas han desaparecido, pero el estigma permanece, basado en uno o más factores, como edad, casta, clase, color, grupo étnico, creencias religiosas, sexo y sexualidad. (9)

El estigma, que se define en el estudio de Erving Goffman (1963) como un atributo que “desprestigia profundamente”, lo aplica la sociedad y lo sobrellevan o poseen los grupos y las personas. El estigma puede estar relacionado con acciones específicas, como el adulterio o el comportamiento delincuente, con características innatas, como el sexo o el color de la piel, o casi innatas, como la religión o la nacionalidad. (9)

Graham Scrambles de la Universidad de Londres propone un modelo de estigma que incluye un déficit percibido por una serie de fuerzas sociales (políticas, médicas, religiosas, etc.) combinadas con una noción de culpabilidad. Agrega, que aquellos que son estigmatizados están sujetos a las fuerzas de la explotación y opresión. Asimismo, durante el Taller de Investigación sobre Estigma Relacionado a Salud realizado en Amsterdam en el año 2004, se argumentó, que el estigma existe cuando al menos dos de tres dimensiones se intersectan: **exclusión social, desventajas y baja autoestima.** (10)

Con frecuencia algunas enfermedades y otras condiciones de salud inducen estigma afectando especialmente a las personas que sufren enfermedades mentales y discapacidades. Asimismo, en ciertas ocasiones el estigma se asocia con estereotipos sociales positivos o negativos, calificaciones que todos

⁷ Que en el 2020: 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH, 90% de las personas diagnosticadas con VIH reciban terapia antirretrovírica continuada y que el 90% de las personas que reciben terapia antirretrovírica tengan supresión viral.

usamos para identificar desconocidos y que determinan nuestra reacción hacia ellos. (9)

Aunque el estigma parezca constante, es más preciso describirlo como un proceso (11). Surgen estigmas nuevos, y otros desaparecen a medida que los conocimientos y las estructuras del poder cambian y producen jerarquías y normas sociales nuevas. Y así la manifestación y la magnitud del estigma por el VIH/Sida se siguen transformando. (9)

1. Estigma “percibido” y estigma “efectivo”.

Los intentos por analizar y diferenciar el estigma y la discriminación han conducido a definiciones más limitadas, que no siempre se comprenden en todo el mundo, como la distinción entre el estigma “percibido” y el estigma “efectivo”. (12)

El estigma percibido -que también se ha denominado auto estigmatización y miedo al estigma- se refiere a las perspectivas de las personas estigmatizadas respecto a cómo van a reaccionar los demás frente a su estado. El estigma percibido motiva a las personas a esconder, si pueden, lo que provoca la estigmatización, lo cual limita el grado en que experimentan la discriminación. El estigma efectivo se define como la vivencia real del estigma. (9)

Entendiéndose así que, es la persona que cae fuera de la norma social la que “percibe” el estigma, pero es la persona o institución que está dentro de la norma social la que lo hace “efectivo”, es decir, la que discrimina.

2. La discriminación.

Cuando el estigma se instala, el resultado es la discriminación. La discriminación consiste en acciones u omisiones derivadas del estigma y dirigidas contra los individuos estigmatizados. La discriminación, tal como la define ONUSIDA⁸ (2000) en su *Protocol for Identification of Discrimination Against People Living with HIV* (Protocolo para la Identificación de la Discriminación Contra las Personas que Viven con VIH), hace referencia a cualquier forma de distinción, exclusión o restricción arbitrarias que afecte a una

⁸ **ONUSIDA:** Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida.

persona, generalmente pero no exclusivamente, por motivo de una característica personal inherente o por su presunta pertenencia a un grupo concreto –en el caso del VIH y el Sida, el estado seropositivo, confirmado o sospechado, de una persona–, con independencia de que exista o no alguna justificación para tales medidas.

La discriminación relacionada con el VIH puede producirse a distintos niveles. (13). Existe discriminación en los *contextos* familiar y comunitario, lo que se conoce a veces como «estigma declarado». Con ello se denota lo que hacen los individuos, deliberadamente o por omisión, para dañar a otros o negarles servicios o derechos.

Algunos ejemplos de este tipo de discriminación contra las personas con VIH son: ostracismo, como la práctica de obligar a las mujeres a volver a su familia de origen cuando se las diagnostica como VIH-positivas, después de que aparezcan los primeros signos de enfermedad o después de que haya fallecido su pareja a causa del Sida; elusión y evitación del contacto diario; hostigamiento verbal; violencia física; desacreditación y culpación verbales; murmuración, y denegación de los ritos funerarios tradicionales. (14)

Además, hay una discriminación que tiene lugar en contextos institucionales, sobre todo en el lugar de trabajo, servicios de asistencia sanitaria, prisiones, instituciones educativas y centros de bienestar social. Esa discriminación o para este estudio prácticas de discriminación, plasma el estigma «declarado» en políticas y prácticas institucionales que discriminan a las personas con VIH o de hecho, en la falta de políticas antidiscriminatorias o procedimientos de reparación. (14)

Algunos ejemplos de este tipo de prácticas de discriminación contra las personas que viven con el VIH incluyen los siguientes:

- Servicios sanitarios: Menor nivel de calidad de la atención; denegación del acceso a asistencia y tratamiento; pruebas del VIH sin consentimiento; fisuras en la confidencialidad, incluido el hecho de revelar el estado seropositivo a familiares u organismos externos sin justificación legal o médica, y actitudes negativas y prácticas degradantes por parte de los profesionales sanitarios.
- Lugar de trabajo: Denegación de empleo a causa del estado seropositivo; pruebas obligatorias del VIH, y exclusión de las personas VIH-positivas de los planes de pensiones o prestaciones médicas.

- Escuelas: Prohibición de matricular a niños afectados por el VIH, o despido de maestros VIH-positivos.
- Prisiones: Segregación obligatoria de los reclusos VIH-positivos y exclusión de las actividades colectivas.

La discriminación también puede producirse por omisión, como en el caso de la ausencia o la falta de aplicación de leyes, políticas y procedimientos que ofrezcan reparación y protejan los derechos de las personas que viven con el VIH. (14)

La discriminación es una violación de los derechos humanos. El principio de no discriminación, basado en el reconocimiento de la igualdad de todas las personas, está estipulado en la *Declaración Universal de Derechos Humanos* y otros instrumentos de derechos humanos.

Estos documentos, entre otros, prohíben la discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otro tipo, propiedad, nacimiento u otras condiciones. Además, la Comisión de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos ha determinado que la expresión «u otras condiciones», utilizada en diversos instrumentos de derechos humanos, «debería interpretarse de forma que englobe el estado de salud, incluido el VIH/Sida», y que los criterios existentes de derechos humanos prohíben la discriminación a causa del estado VIH-positivo, real o presunto. (14)

3. Estigma, discriminación y el VIH/Sida.

Por mucho tiempo se ha reconocido la relación entre estigma, discriminación y VIH/Sida. La Declaración de Londres, que adoptó en 1988 la Cumbre Mundial de los Ministros de Salud sobre los Programas para la Prevención del VIH, fue una de las primeras declaraciones internacionales en reconocer que “la discriminación contra las personas infectadas por el VIH y las personas en etapa Sida y determinados grupos de población y su estigmatización mina la salud pública y debe evitarse”. Este principio ha sido reiterado por muchos organismos internacionales desde entonces, incluidas la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS y la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y confirmado por la Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, celebrada en 2001. (9)

Por consiguiente, los actos estigmatizadores y discriminatorios vulneran el derecho humano fundamental a la ausencia de discriminación. Además de constituir en sí misma una violación de los derechos humanos, la discriminación contra las personas con VIH, o que se cree que están infectadas por el VIH, conduce a la violación de otros derechos humanos, como los derechos a la salud, dignidad, intimidad, igualdad ante la ley y ausencia de castigo o trato inhumano y degradante. (14)

4. Causas.

El estigma se ha vinculado por mucho tiempo con enfermedades que provocan reacciones emocionales intensas por su relación con la desfiguración, como es el caso de la lepra y la poliomielitis.

Como causa de desfiguración (síndrome de emaciación, sarcoma de Kaposi, etc.) y muerte, el VIH/Sida es campo fértil para que el estigma se arraigue. El estigma aumenta cuando se ignora el mecanismo de transmisión del VIH, y aumenta el miedo de las personas y las comunidades al contagio por contacto ordinario en acciones tales como dar la mano, toser y compartir comedores y retretes. En otras palabras, las personas que están conscientes de que el contagio por contacto social es imposible suelen tener menos actitudes negativas hacia las personas con VIH/Sida. (15)

Si se debilita la relación entre el VIH/Sida y la muerte también se reduce el estigma. Los casos de los que se tiene conocimiento en varias comunidades demuestran que la discriminación se reduce cuando las personas con el VIH tienen acceso a medicamentos antirretrovirales, entre otros, que prolongan la vida y disminuyen las probabilidades de desfiguración. (9)

Sin embargo, aunque algunas fuentes de prejuicio o actitudes de rechazo para este estudio, van desapareciendo, otras permanecen. El VIH/Sida también está vinculado a estigmas duraderos de faltas sexuales graves y, en algunas comunidades, al consumo de drogas ilícitas. “A menudo se cree que las personas con VIH/Sida se merecen lo que les ha sucedido por haber hecho algo malo. Los hombres que contraen el virus pueden verse como homosexuales, bisexuales o como individuos que han tenido relaciones sexuales con prostitutas. A las mujeres con VIH/Sida se les tilda de ‘promiscuas’ o de haber sido profesionales del sexo”. (16)

Dichos estigmas persisten, al margen de la realidad. En los Estados Unidos, donde las relaciones sexuales entre hombres representaban menos de 40% de casos nuevos de transmisión del VIH en 1997, 67% de la muestra de una encuesta pública admitió que se relacionaba la enfermedad principalmente con los homosexuales⁹. La desaprobación a los hombres heterosexuales que contrajeron el virus fue menor que la de los homosexuales en las mismas condiciones. (17)

Otro desencadenante de riesgo y vulnerabilidad al VIH es la violencia basada en género. Es importante destacar que la violencia basada en género afecta a muchas poblaciones, además de las mujeres. Algunos hombres y las poblaciones más expuestas al riesgo de contraer el VIH (HSH, MT¹⁰ y MTS¹¹), rutinariamente enfrentan violencia como resultado de sus manifestaciones de género y sexualidad. La exclusión económica, social y cultural que recae sobre las MT, las conduce la mayoría de veces a una única y clara posibilidad de supervivencia: el comercio sexual. (18)

5. Personas afectadas

El estigma por el VIH/Sida afecta a hombres y mujeres, jóvenes y viejos, ricos y pobres. Involucra a las personas que se sabe que han contraído el virus, a las personas que se presume que lo han contraído o que son vulnerables al virus, como los profesionales del sexo y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, a las familias de los infectados y a quienes los cuidan. Existe en cualquier país, sin que importen ni la magnitud ni las consecuencias de la epidemia misma. “Uno de los elementos más sorprendentes del estigma del Sida es su ubicuidad¹², incluso donde la epidemia se ha generalizado y afecta a muchas personas, como en África, al sur del Sahara”. (19)

Las personas pueden asumir comportamientos que les exponen a mayor riesgo de contraer la infección por el VIH como: los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), los trabajadores del sexo (hombres y mujeres) y sus clientes, las relaciones sexuales sin protección o el intercambio de jeringas usadas, que

⁹ La **homosexualidad** (del griego antiguo ὁμός, ‘igual’, y el latín *sexus*, ‘sexo’) es una atracción romántica, atracción sexual o comportamiento sexual entre miembros del mismo sexo o género.

¹⁰ **MT**: Mujeres trans.

¹¹ **MTS**: Mujeres trabajadoras del sexo.

¹² **Ubicuidad**: capacidad de estar presente en todas partes al mismo tiempo.

son las llamadas **poblaciones en mayor riesgo** (PEMAR) y otras por sus condiciones socio-económicas, ambientales o culturales tienen control limitado o ninguno para evitar o reducir la exposición al VIH; este grupo de personas constituyen las **poblaciones vulnerables**, estos dos grupos de personas integran la **Población Clave**. (20)

Tal como lo muestran los ejemplos que aquí se presentan, el estigma y la discriminación afectan a diferentes grupos de diversas maneras y en distintas etapas de la enfermedad.

★ Personas con hemofilia

En teoría, las personas con hemofilia, entre otras que contraen el virus de productos sanguíneos contaminados, padecen menos estigmatización que las personas infectadas por contacto sexual o inyección de drogas. No obstante, en realidad, los hemofílicos infectados por el VIH/Sida informan de incidentes de discriminación igual de hirientes que los que experimentan otras personas con el virus. (9)

★ Niños

Teóricamente, la estigmatización de los niños infectados por el VIH en el útero es menor que en los adultos. La realidad es que los niños infectados huérfanos o abandonados rara vez son adoptados en algunas comunidades, y los niños que se sabe o se presume que son VIH positivos han sido rechazados por las escuelas. (9)

★ Pobres

La pobreza aumenta la vulnerabilidad al VIH. La falta de medios económicos puede llevar a relaciones sexuales por dinero o por intercambio y la carencia de educación obstaculiza las actividades de prevención. Con frecuencia, la compra de condones no está al alcance de los medios de quienes quisieran adquirirlos. Al mismo tiempo, se considera a las personas pobres con VIH irresponsables e incurables. Asimismo, generalmente se considera que los pobres “merecen” menos que el resto de la población. (9)

★ Mujeres

Las mujeres que comercian con el sexo sufren estigmatización en casi todas las sociedades si han contraído el VIH. Ese estigma a menudo se extiende a muchas mujeres que contraen el VIH del esposo o pareja estable. El VIH/Sida

guarda una correlación tan alta con la promiscuidad que se presume, con frecuencia, que las mujeres con el virus son promiscuas, al margen de su historia sexual. (21)

Es más probable que los hombres sean aceptados por la familia y la comunidad. Las mujeres tienen más probabilidades de ser culpadas, aun cuando hayan sido aceptadas por sus esposos en lo que para ellas han sido relaciones monógamas. (21).

★ Hombres homosexuales

La homofobia, que se define como temor, odio o desaprobación de las relaciones sexuales entre hombres y de los hombres homosexuales, es anterior al estigma y la discriminación al VIH/Sida y, sigue estando muy relacionada con la enfermedad.

El estigma y la discriminación relacionados con las relaciones sexuales entre hombres afectan a estos de dos maneras: falta de servicios y renuencia a acudir a los servicios.

En muchas comunidades no se ofrecen servicios para el VIH/Sida a los hombres, o son insuficientes, como en América Latina, donde los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres representan menos de 10% de la población, pero equivalen a 35%-65% del total de los casos de VIH notificados. Cuando los servicios están disponibles, el estigma y la discriminación relacionados con las relaciones sexuales entre hombres impiden que muchos hombres tengan acceso a la orientación sobre el VIH/Sida, a las pruebas y a los servicios asistenciales (22).

★ Usuarios de drogas inyectables

Hay numerosos casos de los que se tiene conocimiento y algunas estadísticas que subrayan hasta qué punto los usuarios de drogas inyectables son víctimas del estigma y la discriminación, aparte del VIH/Sida. Los consumidores de drogas a menudo son incapaces de obtener acceso a la prevención del VIH/Sida y a los servicios de atención apropiados. (9)

“En uno de los pocos informes que ha examinado la discriminación contra los consumidores de drogas inyectables se llegó a la conclusión de que cierta proporción de los 300 consumidores de drogas inyectables en Nueva Gales del Sur, Australia, habían sido “maltratados” por la policía (80%), el personal del hospital (60%), los médicos (57%), los farmacéuticos (57%), los empleadores (47%), los dentistas (33%), los proveedores de metadona (33%), los servicios

de tratamiento de abuso de sustancias (33%) y los trabajadores de salud de la comunidad (7%). Según el informe: “Las experiencias de discriminación son tan comunes e implacables que muchos usuarios no se dan cuenta que los discriminan. Parece normal ser tratado mal y vilipendiado¹³ si se es usuario”. (23)

6. Comportamiento de alto riesgo

El comportamiento de riesgo incluye a los hombres que tienen relaciones sexuales no protegidas con otro hombre, relaciones sexuales casuales o fuera de la pareja habitual sin el uso correcto de condones, mujeres jóvenes que inician la actividad sexual tempranamente y sin protección del condón, usuarios de drogas endovenosas no solo por el hecho de que comparten jeringas usadas, sino también porque conlleva a tener sexo sin protección y relaciones sexuales grupales, porque usualmente se realizan sin protección. (20)

7. Repercusiones del estigma y la discriminación

Muchas de las personas con VIH/Sida y especialmente los que integran la población de mayor riesgo de contraer la infección, sufren de reacciones adversas por parte de la sociedad manifestados por hostilidad y el rechazo, que favorece la soledad y el aislamiento social. Hasta ahora las personas que viven con VIH integran o no a la población clave sufren de parte de la sociedad e inclusive de los proveedores de la salud el estigma y discriminación que repercute sobre el acercamiento y utilización de los programas sobre VIH/Sida que ofrecen los Servicios de salud. (9)

Se trata del resultado de determinadas leyes o políticas, o del acto espontáneo de ciertas personas que se mantienen dentro de la norma social, la discriminación contra las personas con VIH o que están relacionadas con que éste está generalizada y adopta muchas formas. Además de la discriminación en los establecimientos de salud, los actos de discriminación abarcan:

- Denegación de la educación.
- Denegación o destitución del empleo.

¹³ **Vilipendiar:** Mostrar desprecio por una persona o cosa mediante la palabra o los actos.

- Denegación del derecho a casarse.
- Obligación a someterse a una prueba del VIH para trabajar, viajar u otras finalidades.
- Falta de confidencialidad o la limitación de la misma.
- Detención.
- Deportación.
- Condena en los medios de difusión.
- Rechazo de la familia, los amigos y las comunidades.
- Agresión física, incluido el asesinato.

Actos semejantes tienen una connotación negativa en la salud de la comunidad y del individuo. En algunos casos pueden constituir un obstáculo al ejercicio de los derechos humanos y de las libertades fundamentales. En otros instantes son de por sí una violación de los derechos y libertades del individuo. (9)

DISEÑO METODOLÓGICO

- Tipo de investigación.

Observacional, buscando la prevalencia del estigma y discriminación hacia el VIH en el personal de salud. Además la investigación se llevó a cabo como asociación cruzada al relacionar características del personal de salud con la presencia o no de la discriminación.

Transversal

- Período de investigación.

Junio – agosto de 2017.

- Universo (Unidades de observación y análisis).

Tabla 4 Personal de salud. Micro - Red San Marcos, 2017

Recurso / Unidad	Santo Tomás	Santiago Texacuangos	San Marcos	Total
Médicos	8	2	22	32
Enfermeras / Auxiliares	15	7	25	47
Promotores de Salud	6	5	12	23
Nutricionistas	1	1	2	4
Odontólogos	4	1	7	12
Laboratoristas	3	0	5	8
Total	37	16	73	126

Fuente: Ministerio de Salud, Marzo 2017.

- Muestra

Se pretendió encuestar a todo el personal de salud que labora en los establecimientos antes descritos, aceptando participar, y que no sea estudiante en formación o esté realizando su servicio social.

- Variables

1. Condiciones del personal de salud asociados a la presencia de la discriminación
2. Prácticas de discriminación en la atención de salud suministrada a personas con VIH.
3. Actitudes discriminatorias hacia la población con VIH y personas con mayor riesgo de infectarse con el VIH.

- **Operacionalización de variables.**

VARIABLE	DEFINICIÓN	SUBVARIABLE	VALORES	TÉCNICA
Condiciones del personal de salud asociados a la presencia de la discriminación	Condiciones sociales que pueden influir en el grado de estigma y discriminación	Sexo	Femenino/masculino	Encuesta
		Edad	Agrupación de edades	
		Estado civil	Casado /soltero/otros	
		Procedencia	Rural/urbana	
		Profesión	Medico/enfermera/ otra	
		Religión	Católico/evangélico/ otros	
		Devoción religiosa	Si o no	
	Capacitación recibida en VIH	Tipo de capacitación		
Prácticas de discriminación en la atención de salud suministrada a personas con VIH.	Comportamiento discriminatorio hacia las personas con VIH y población de mayor riesgo	Menor nivel de calidad de la atención Denegación del acceso a la asistencia y tratamiento. Pruebas del VIH sin consentimiento. Revelar el estado serológico del paciente sin justificación legal. Prácticas degradantes.	Si o No	Encuesta
Actitudes estigmatizantes y discriminatorias hacia la población con VIH y personas con mayor riesgo de infectarse con el VIH.	Manifestación del estigma y discriminación a través de cualquier forma de distinción negativa, exclusión o restricción hacia individuos o grupos, en situaciones hipotéticas durante la atención clínica.	Discriminación: puntaje de 43-70 Estigma: puntaje de 15-42 Libre de estigma y discriminación: puntaje de 0-14	Selección de respuestas	Encuesta con respuesta de selección

- Fuentes de información primaria

El personal de salud que labora en el Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) Sur, micro-red San Marcos.

- Técnicas de obtención de información

La recolección de los datos se realizó por medio de una encuesta estructurada (ver anexo 1 instrumento), la cual está conformada por 4 secciones:

Sección 1: Información general sobre la persona entrevistada, como edad, sexo, centro de salud donde labora, profesión, años de laborar en el Ministerio de Salud, religión, y si practica una religión si es devoto o no, zona de residencia, estado civil, capacitaciones recibidas en relación al VIH/Sida.

Sección 2: Incluyó preguntas sobre si el personal de salud ha evidenciado algún tipo de práctica estigmatizante y discriminatoria.

Sección 3: De la pregunta 1 a la 9 tiene múltiples opciones de respuestas codificadas de la “A” a la “F”, correspondiendo a un puntaje de 1 a 5 en el mismo orden ascendente. La respuesta G corresponde a una pregunta abierta, en la que se evaluó el grado de discriminación valorando la respuesta con puntaje de 1 al menor grado de discriminación, hasta 5 a la respuesta con mayor contenido de discriminación.

Sección 4: La pregunta 10 a la 14 posee opciones de respuestas donde el entrevistado elogió la emoción que concibe cuando atiende a pacientes que son parte de la población de riesgo.

La sección 3 y 4 fueron retomadas y modificadas a partir del instrumento de evaluación de la discriminación y estigma diseñada y validado por el **Colectivo Sol**¹⁴ del cual se mantuvo el enfoque central de dicho instrumento. (24)

Se realizó una prueba piloto en un grupo de profesionales, en su mayoría médicos y docentes que recibe clases en el curso de Bioética en la Facultad de Medicina, las modificaciones que se le realizaron al instrumento a partir de sus recomendaciones, fueron:

1. Se actualizó la terminología en relación a la población de mayor riesgo.
2. Se modificó las preguntas para despersonalizarlas.

¹⁴ El “Colectivo Sol” es una organización que desde 1981 se ha caracterizado como fundador de iniciativas que han tenido impacto social y político en la defensa a la diversidad sexual, la prevención y lucha contra el VIH/Sida en México. Desarrolla diferentes programas y proyectos de prevención del VIH, mujer y VIH y reducción del estigma y la discriminación.

3. Se realizó un cambio en la redacción de las preguntas con el objetivo de facilitar su entendimiento.
4. Se incluyó la definición de términos como el de mujer trans, para facilitar la comprensión de la pregunta.

El instrumento en su sección 3 y 4 se analizó de la siguiente manera:

Para valorar el estigma y discriminación se sumó el puntaje de las respuestas con la siguiente equivalencia:

Preguntas 1 y 2		Preguntas 3 – 14	
Respuesta	Puntos	Respuestas	Puntos
A	5	A	5
B	4	B	4
C	3	C	3
D	2	D	2
E	2	E	1
F	1	F	0
G	0	G	0

		Ira o enojo	Incomodidad molestia	Indiferencia	Lástima	Empatía
10	Persona con VIH	A	B	C	D	E
11	Hombre que tiene sexo con hombre	A	B	C	D	E
12	Persona transgénero	A	B	C	D	E
13	Trabajadora sexual	A	B	C	D	E
14	Usuarios de drogas inyectadas	A	B	C	D	E

Las respuestas obtenidas en el literal “G”, que desde la pregunta 3 fueron contestadas según el criterio de parte del encuestado, se clasificaron según su contenido, en una escala de puntaje entre 1 y 5, siendo 1 la respuesta más satisfactoria (no discriminación) a la respuesta de 5 que pondera mayor contenido de discriminación en la respuesta.

Escala de valoración:

Categoría	Puntaje
Discriminación	43-70
Estigma	15-42
Libre de estigma y discriminación	0-14

- **Consideraciones bioéticas:**

- Consentimiento informado:

Para llevar a cabo el estudio se diseñó un formato de consentimiento informado (ver anexo 2) que el participante debió firmar previamente. Dicho documento describe la voluntariedad del participante en el estudio, la protección de los datos solicitados y obtenidos, el anonimato del participante y la libertad de éste último en decidir si culmina o no su participación en el estudio.

- Mecanismos de confidencialidad y resguardo:

Para efectos de esta investigación los instrumentos se resguardaron de modo estrictamente confidencial, llenados de forma anónima, sin registro de nombres. Una vez terminada la recolección de la información, las encuestas de los participantes se destruyen tan pronto como se haya aprobado la investigación.

- Beneficio compartido:

El documento final una vez haya sido evaluado y aprobado se le proporcionará a las autoridades de salud en su versión física o virtual para que sea divulgado por las pertinencias relativas al tema. También el equipo investigador podrá exponer el trabajo a solicitud de los beneficiarios del estudio.

- **Procesamiento y análisis de información.**

Los datos cuantitativos se procesaron a través del sistema SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) el cual es un sistema amplio y flexible de análisis estadístico y gestión de información que es capaz de trabajar con datos procedentes de distintos formatos, hasta análisis estadísticos complejos que nos permiten descubrir relaciones de dependencia e interdependencia, establecer clasificaciones de sujetos y variables, predecir comportamientos, etc. Por lo que se realizó un cruce de variables entre los datos generales del entrevistado (edad, sexo, años de laborar, lugar donde labora, profesión,

religión, zona de residencia) con los datos extraídos de estigma y discriminación.

Se presentó los resultados mediante tablas, extrayendo de ellas la información para analizarla.

RESULTADOS

La investigación se realizó en 107 profesionales de salud que actualmente laboran en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de San Marcos 54.2% (58 Personas), Santo Tomás 32.7% (35 Personas), y el resto de Santiago Texacuangos con 13.1% (14 Personas).

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

De las personas encuestadas, la edad media es de 43 años, y su desviación estándar ± 12.158 , con una mediana de 43 años, con predominio en el rango de edad de 41 a 50 años que representó el 25% (27 personas). Ver tabla 1.

Tabla 1: Edad de los participantes

Rango de Edad	Frecuencia	Porcentaje
Entre 23 a 30 años	25	23.4%
Entre 31 a 40 años	23	21.5%
Entre 41 a 50 años	27	25.2%
Entre 51 a 60 años	22	20.6%
Entre los 61 a 67 años	10	9.3%
Total	107	100.0%

Fuente: Encuesta autodilengenciada para valorar el proceso de atención en relación al VIH, 2017.

Un 65.4% de profesionales son del sexo femenino (70 personas) y el 34.6% del sexo masculino (37 personas), dando una relación femenino/masculino de 1.9:1.

El 82.2% de participantes (88 personas) viven en el área urbana, el 15.9% en el área rural (17 personas) y 2 de los participantes no dieron el dato.

En cuanto al estado civil de los encuestados, el 57% (61 Personas) están casados, el 38.3% (41 Personas) son solteros, el 2.8% (3 Personas) están en unión libre, divorciado o viudez, y el resto (2 personas) no responde.

La profesión predominante dentro de los participantes del estudio fue el personal de enfermería con un 39.3% (42 personas), seguido de médicos con un 25.2% (27 personas). Ver tabla 2:

Tabla 2: Profesión de los participantes

Profesión	Frecuencia	Porcentaje
Médico	27	25.2
Enfermera	42	39.3
Odontólogo	10	9.3
Laboratorista clínico	7	6.5
Nutricionista	4	3.7
Promotor	17	15.9
Total	107	100.0

Fuente: Encuesta autodilengenciada para valorar el proceso de atención en relación al VIH, 2017.

En relación a su tiempo de laborar en el Ministerio de Salud la media de años fue de 9 años, con un mínimo de 1 año y máximo de 37 años, con predominio entre el rango de 1 a 5 años. Ver siguiente tabla.

Tabla 3: Años de laborar en el Ministerio de Salud

Rango de años	Frecuencia	Porcentaje
No mencionan su tiempo de laborar	16	15.0%
De 1 a 5 años	36	33.6%
De 6 a 10 años	17	15.9%
De 11 a 15 años	16	15.0%
De 16 a 20 años	5	4.7%
De 21 a 25 años	9	8.4%
De 26 a 30 años	7	6.5%
De 31 a más años	1	0.9%
Total	107	100%

Fuente: Encuesta autodilengenciada para valorar el proceso de atención en relación al VIH, 2017.

En relación a su religión el 51.3% (55 personas) son católicos, el 36.6% (39 personas) son evangélicos, y el resto de los participantes 12.1% (13 personas) pertenece a otra dominación o no responden a la pregunta, y al comparar su devoción se presenta la siguiente tabla:

Tabla 4: Religión y devoción

Religión		Frecuencia	Porcentaje
Católico	Devoto	28	26.2%
	No devoto	27	25.2%
Evangélico	Devoto	22	20.6%
	No devoto	17	15.9%
Ninguno		13	12.1%
Total		107	100%

Fuente: Encuesta autodilengenciada para valorar el proceso de atención en relación al VIH, 2017.

En relación a las capacitaciones recibidas por los participantes, solo un 14.01% (15 personas), afirman que recibieron capacitaciones en relación al VIH-Sida, y un 85.99% (92 personas) no dieron datos.

Entre las capacitaciones mencionadas se encuentran: pre y post consejería VIH, manejo de casos de coinfección TB-VIH, profilaxis post-exposición, capacitación para la atención de trabajadoras sexuales en el lugar laboral, manipulación y envío de muestras para confirmación de VIH-Sida y otras ITS, estigma y discriminación sobre VIH y monitoreo y evaluación epidemiológica de VIH-Sida.

II. PREVALENCIA DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN:

Las actitudes de estigma y discriminación en el personal de salud reportó lo siguiente: 61.7% (66 profesionales), mostraron actitudes de estigma en el ejercicio asistencial hacia pacientes que pertenecen a la población de más alto riesgo, Ver siguiente tabla:

Tabla 5: Actitudes de estigma o discriminación.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Discriminación (43-70)	5	4.7%
Estigma (15-42)	66	61.7%
Libre de estigma y discriminación (0-14)	36	33.6%
Total	107	100%

Fuente: Encuesta autodilengenciada para valorar el proceso de atención en relación al VIH, 2017.

Con respecto a las actitudes estigmatizantes y discriminativas hacia VIH/Sida, el estudio demostró que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos, ver tabla 6:

Tabla 6: Relación de sexo con actitudes de estigma o discriminación.

		Sexo		Total
		Femenino	Masculino	
Relación Sexo-actitud	libre de estigma y discriminación	26	10	36
	Estigma	41	25	66
	Discriminación	3	2	5
Total		70	37	107

Fuente: Encuesta autodilengenciada para valorar el proceso de atención en relación al VIH, 2017.

P= 0.572

Con respecto a la edad de los participantes no se encontró que hubiera relación con las actitudes discriminativas o estigmatizantes, ver la siguiente tabla:

Tabla 7: Relación de edad con actitudes de estigma o discriminación.

Libre de estigma y discriminación	N	Válido	36
		Perdidos	0
	Media		41.31
	Desviación estándar		10.839
Estigma	N	Válido	66
		Perdidos	0
	Media		43.77
	Desviación estándar		12.790
Discriminación	N	Válido	5
		Perdidos	0
	Media		45.20
	Desviación estándar		13.755

Fuente: Encuesta autodilengenciada para valorar el proceso de atención en relación al VIH, 2017.

P=0.573

En relación a las actitudes discriminativas o estigmatizantes no se encontró relación según el centro de salud donde laboran los participantes, ver tabla 8:

Tabla 8: Relación del centro laboral con actitudes de estigma o discriminación.

		Centro donde labora			Total
		San Marcos	Santo Tomás	Santiago Texacuangos	
Relación centro laboral-Actitud	Libre de estigma y discriminación	21	12	3	36
	Estigma	34	22	10	66
	Discriminación	3	1	1	5
Total		58	35	14	107

Fuente: Encuesta autodilengenciada para valorar el proceso de atención en relación al VIH, 2017.

P= 0.825

Asimismo, en relación a la zona de residencia de los participantes, tampoco se encontró relación con actitudes discriminativas o estigmatizantes, lo que se refleja en la siguiente tabla:

Tabla 9: Relación de la zona de residencia con actitudes de estigma o discriminación.

		Zona de residencia		Total
		Urbano	Rural	
Relación Zona de residencia- actitud	Libre de estigma y discriminación	29	7	36
	Estigma	55	9	64
	Discriminación	4	1	5
Total		88	17	105

Fuente: Encuesta autodilengenciada para valorar el proceso de atención en relación al VIH, 2017.

P= 0.760

También al comparar el estado civil de los participantes con la existencia de actitudes discriminativas o estigmatizantes, no se encontró una relación estadísticamente significativa, ver la siguiente tabla:

Tabla 10: Relación del estado civil con actitudes de estigma o discriminación.

		Estado civil			Total
		Casado	Soltero	Otros	
Relación Estado civil- actitud	Libre de estigma y discriminación	22	12	1	35
	Estigma	36	27	2	65
	Discriminación	3	2	0	5
Total		61	41	3	105

Fuente: Encuesta autodilengenciada para valorar el proceso de atención en relación al VIH, 2017.

P= 0.953

Además con respecto a la religión se presentó la siguiente tabla en relación al nivel de discriminación o estigma:

Tabla 11: Relación de la religión con actitudes de estigma o discriminación.

	Religión			Total
	Católico	Evangélico	Ninguno	
Libre de estigma y discriminación	22	13	1	36
Estigma	31	25	10	66
Discriminación	3	2	0	5
Total	56	40	11	107

Fuente: Encuesta autodilenciada para valorar el proceso de atención en relación al VIH, 2017.

P= 0.289

Tampoco se encontró relación entre la profesión de los participantes con actitudes discriminativas o estigmatizantes, lo que se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 12: Relación de la profesión con actitudes de estigma o discriminación.

	Profesión						Total
	Médico	Enfermera	Odontólogo	Laboratorista clínico	Nutricionista	Promotor	
Libre de estigma y discriminación	9	18	1	2	2	4	36
Estigma	17	23	8	4	1	13	66
Discriminación	1	1	1	1	1	0	5
Total	27	42	10	7	4	17	107

Fuente: Encuesta autodilenciada para valorar el proceso de atención en relación al VIH, 2017.

P= 0.233

Según los años que cada uno de los participantes tiene de laborar en el Ministerio de Salud, no se encontró relación con actitudes estigmatizantes o discriminativas, ver la siguiente tabla:

Tabla 13: Relación de años de laborar en el MINSAL con actitudes de estigma o discriminación

Libre de estigma y discriminación	N	Válido	32
		Perdidos	0
	Media		10.50
	Desviación estándar		8.440
Estigma	N	Válido	57
		Perdidos	0
	Media		10.60
	Desviación estándar		9.102
Discriminación	N	Válido	2
		Perdidos	0
	Media		16.50
	Desviación estándar		16.263

Fuente: Encuesta autodilenciada para valorar el proceso de atención en relación al VIH, 2017.

P=0.653

III. PRÁCTICAS DE DISCRIMINACIÓN EN LA ATENCIÓN DE SALUD:

Con respecto a las prácticas de discriminación en la atención de salud hacia el VIH, se pudo observar que aunque el porcentaje de respuestas afirmativas fue mínimo con un promedio de 6.45%, aún existen actitudes de discriminación especialmente hacia poblaciones de mayor riesgo, lo que se refleja principalmente en la distinción de expedientes de pacientes con VIH en un 17.8%, siendo las poblaciones más afectadas los pacientes homosexuales (9.3%) y las trabajadoras sexuales (7.5%). Ver la siguiente tabla:

Tabla 14: Prácticas de discriminación en la atención de salud hacia el VIH.

Preguntas	Si	No	No resp
El personal de salud ha tratado de forma indiferente a pacientes con VIH.	3.7%	95.3%	0.9%
El personal de salud ha evitado dar asistencia a pacientes homosexuales.	9.3%	89.7%	0.9%
El personal de salud ha evitado dar asistencia a pacientes VIH.	3.7%	95.3%	0.9%
El personal de salud ha evitado dar asistencia a mujeres trans.	2.8%	96.3%	0.9%
Si el personal de salud ha evitado dar asistencia a trabajadoras sexuales.	7.5%	91.6%	0.9%
Algún paciente se le ha tomado la prueba de VIH sin su consentimiento.	6.5%	92.5%	0.9%
Se ha notificado el estado serológico del paciente VIH a familiares o parejas sexuales sin el consentimiento del paciente.	1.9%	97.2%	0.9%
Los expedientes de pacientes con VIH están marcados.	17.8%	81.3%	0.9%
El personal de salud ha ofendido o tratado de forma denigrante a pacientes con VIH.	5.6%	93.5%	0.9%
El personal de salud ha ofendido o tratado de forma degradante a pacientes homosexuales, mujeres trans o trabajadora sexual.	9.3%	89.7%	0.9%
El profesional de la salud con VIH se le ha designado trabajo que evite el contacto con él paciente para evitar que infecte a otro.	2.8%	96.3%	0.9%

Fuente: Encuesta autodilenciada para valorar el proceso de atención en relación al VIH, 2017

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Para efectos de la investigación se realizó en el personal de salud que labora actualmente en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de los municipios de San Marcos, Santo Tomás y Santiago Texacuangos, donde trabajan médicos, enfermeras/os, laboratoristas clínicos, odontólogos, nutricionistas y promotores de salud, de los cuales 107 (84.92%) participaron en el estudio, y 19 (15.07%) no dieron su consentimiento para participar, en algunos casos adujeron no disponer del tiempo necesario para el llenado del instrumento.

Se observó la negativa de firmar el consentimiento informado por el 20% de los participantes del estudio (21 personas), sin embargo dieron su consentimiento oral, una de las razones del porqué de dicha acción fue por el temor a ser identificado, a pesar de que se explicaron previamente las consideraciones éticas del estudio.

La pregunta 10 del instrumento, que pertenece al apartado de “datos generales” que exploraba el nivel de capacitación del personal de salud en materia de VIH, solo fue respondida por el 14.01% (15 personas), aunque se incluyó en la presentación de resultados, no fue utilizada para inferencia estadística, debido a que sería imposible su análisis, porque se desconoce si el resto de participantes no han recibido capacitaciones en la temática.

La pregunta 15 ubicada en el apartado de “actitudes” en el instrumento, que indagaba la existencia y forma de discriminación que sufren en los centros de salud las personas en mayor riesgo de contraer VIH y que viven con VIH, también se observó alto grado de abstinencia al responder, de manera que únicamente el 4.6% (5 personas) accedió a dar respuesta.

Por lo tanto, al abstenerse de firmar el consentimiento y no contestar la pregunta 15, refleja la existencia de un temor por parte del personal de salud a ser asociado a una actitud discriminatoria o de estigmatización detectado mediante el cuestionario, o de evidenciar prácticas discriminatorias, lo que es preocupante, debido a la responsabilidad que conlleva su profesión.

La edad promedio de los profesionales participantes en el estudio es de 43 años, a predominio del sexo femenino con una relación de 1.9 mujeres por

cada hombre, con una media de 9 años de servicio laboral, en su mayoría en el área de enfermería y medicina que representan el 64.5%, provenientes principalmente de la zona urbana. La religión predominante en el grupo es el catolicismo, considerándose miembros activos y devotos.

Según los resultados obtenidos no es posible realizar una asociación entre el conjunto de variables relacionadas al perfil de la población con actitudes relativas a la discriminación, en vista que los hallazgos no resultaron ser estadísticamente significativos en la asociación de causa-efecto. Sin embargo, ciertos factores como edad, sexo, estado civil, zona de residencia, profesión, años de laborar en el MINSAL y religión no tienen inferencia, pueden existir otros factores no investigados como tipo de educación en el hogar y/o la cultura, que influyen en las características en las que el personal de salud sea estigmatizador o discriminador.

El nivel de actitudes detectado en estigma o discriminación (66.4%) en los prestadores de salud es un riesgo hacia los pacientes, dicha actitud puede influir en la calidad y calidez de la prestación del servicio, que a la larga alejan al paciente del establecimiento y favorecen complicaciones que pueden llevar a la muerte prematura. El estigma o discriminación fue sobre todo hacia hombres que tienen sexo con hombres y usuarios de drogas inyectables.

Al realizar una comparación entre los datos obtenidos en el presente estudio con los descritos en la encuesta de opinión pública “Estigma y discriminación en relación al VIH y Sida en El Salvador” (PASCA, 2011-2013) el estudio concluye que en El Salvador entre 3 – 4 de cada 10 personas aún sostienen actitudes de estigma y discriminación hacia pacientes con VIH y poblaciones en riesgo. En este estudio se encontró que aproximadamente 6 de cada 10 prestadores de salud presentan diferentes niveles de actitudes de estigma o discriminación hacia el VIH o la población de mayor riesgo.

La situación expuesta anteriormente es preocupante considerando la importancia del trato al paciente en los centro de salud, pues se debe garantizar el seguimiento y el apego del paciente a su tratamiento. Por otro lado, resulta relevante que el conocimiento técnico ha permitido el desarrollo de competencias, pero aún no ha sido suficiente para generar la sensibilidad hacia la temática del VIH.

Las prácticas que se encontraron y se observaron fueron: el trato indiferente a pacientes con VIH (3.7%), evitar dar asistencia a hombres que tiene sexo con hombres (9.3%), a pacientes con VIH (3.7%), a mujeres trans (2.8%) y trabajadoras sexuales (7.5%), la toma de prueba de VIH sin consentimiento (6.5%), la notificación del estado serológico del paciente VIH a familiares o parejas sexuales sin el consentimiento del paciente (1.9%), expedientes de pacientes con VIH marcados (17.8%), que al profesional de la salud con VIH se le ha designado trabajo que evite el contacto con el paciente para evitar que infecte a otro (2.8%), que se haya ofendido o tratado de forma denigrante a pacientes con VIH (5.6%) y que el personal de salud ha ofendido o tratado de forma degradante a hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trans o trabajadoras sexuales (9.3%).

Existe una evidente vulneración de principios elementales de la bioética y derechos del paciente. El hecho de no tomar en cuenta el consentimiento en la toma de la prueba serológica de VIH, ni la confidencialidad y privacidad en la notificación del resultado, constituye una violación a la autonomía y dignidad del paciente; con el tiempo el paciente pierde confianza en el personal de salud, se aleja del establecimiento, limitando el acceso a información para esclarecer dudas en materias de salud sexual y reproductiva, descuidando su tratamiento, favoreciendo el deterioro y el desarrollo de complicaciones incluso mortales, y facilitando la transmisión.

Además de los impactos que esta práctica genera en aspectos emocionales, el hecho de aplicar etiquetas distintivas a expedientes clínicos pertenecientes a pacientes con VIH, podría considerarse como una práctica discriminatoria, que viola la Ley de VIH art. 4 y art. 5 literal B¹⁵, por lo que debería abolirse en vista de que no hay ningún criterio clínico que justifique dicho comportamiento. Entre otros hallazgos, aún persiste, aunque en menor medida, discriminación hacia las poblaciones de mayor riesgo y personas que viven con VIH, lo cual aumenta

¹⁵ Art.4.- Las personas viviendo con VIH/SIDA, sus familiares y allegados tienen derecho a ser tratados de manera digna, sin discriminación y estigmatización, en razón de su enfermedad. No se considera discriminación, el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad.

Art. 5.- Toda persona viviendo con VIH/SIDA tiene los siguientes derechos:

b) Tener confidencialidad sobre el resultado del diagnóstico y la progresividad de la enfermedad.

el aislamiento y la desconfianza de los pacientes, y por lo tanto la búsqueda oportuna de los servicios de salud.

CONCLUSIONES

1. Desde la perspectiva estadística no existe relación entre las variables analizadas en el estudio (edad, sexo, centro de salud donde labora, profesión, años de laborar en el Ministerio de Salud, religión, zona de residencia, estado civil) y el nivel de estigma y discriminación del personal de salud.
2. Las prácticas de discriminación hacia las personas con VIH aún están presentes en los trabajadores de salud al etiquetar expedientes, la cual es la práctica más frecuente.
3. Aún existe el trato degradante hacia pacientes con VIH, así como la vulneración de sus derechos mediante la realización de acciones sin el consentimiento del paciente.
4. Un 5% del personal de salud presentó discriminación, manifestando ira, incomodidad o molestia ante la demanda de servicios de pacientes con VIH y población de mayor riesgo, también se reportaron situaciones como negar asistencia a dichos pacientes, preferir remitir al paciente a otro profesional antes de atenderlo, recomendar lugares “especiales” para atender a pacientes con las características de la PEMAR o considerar a dichos pacientes como potenciales portadores del VIH.
5. El 61.7% de los trabajadores de salud presentó estigmatización al manifestar que a todo paciente se le debe realizar prueba de VIH de manera sistematizada solo por el hecho de pertenecer a la PEMAR.
6. El 33.6% de los profesionales de salud se encuentra libre de estigma y discriminación.
7. En relación a la emoción que generan las personas con VIH y PEMAR el personal de salud expresó en su mayoría indiferencia y lástima.
8. En relación a las actitudes los trabajadores de salud mostraron mayor rechazo hacia las personas HSH y usuarios de drogas inyectables.

9. Parte de los trabajadores de salud participantes en el estudio no dieron su consentimiento escrito solo el oral y no respondieron en su mayoría la pregunta 15 del apartado de “actitudes”, que hace referencia al comportamiento del personal de salud ante pacientes con VIH, dicha respuesta expresa temor a ser identificados.

RECOMENDACIONES

- 1.** Se recomienda implementar un método sistemático de capacitación y educación continua en materia de Salud Sexual y Reproductiva, bioética y derechos humanos a manera de mantener una actualización en los modelos de atención institucional orientados a poblaciones de riesgo.
- 2.** Llevar a cabo un mecanismo de monitoreo y de evaluación con acciones de supervisión en los profesionales que atienden a poblaciones vulnerables para realizar una aproximación a mejorar la calidad de atención a dicha población, ya que significan un riesgo de ser potenciales diseminadores de la epidemia que envuelve a América Latina en tema de Salud Sexual y Reproductiva.
- 3.** Concientizar a los profesionales de la salud que la prioridad sea el trato de calidad y calidez hacia esta población vulnerable, favoreciendo el apego al tratamiento y a los establecimientos de salud, lo cual puede coadyuvar a establecer mecanismos de monitoreo y control.
- 4.** Incorporar en el modelo asistencial del Ministerio de Salud, aspectos relacionados con la estrategia de prevención combinada, propuesta por ONUSIDA, en la que se toma en cuenta aspectos como acceso a la información sobre el VIH, el acceso al tratamiento, medidas de reducción del daño, el retraso de la iniciación sexual, la fidelidad, la reducción de las parejas sexuales y las relaciones ocasionales, la circuncisión masculina, la defensa de los derechos humanos y la reducción del estigma.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 USAID/PASCA. Estigma y Discriminación asociados al VIH Encuesta de opinión pública. Informe regional. Centroamérica, 2011. Centroamérica;; 2011.
- 2 “Testing positive in El Salvador: HIV stigma continues but counseling improves”, Impact on In.; 1999. p. vol 1 (2) 25, 27.
- 3 USAID/PASCA. Estigma y discriminación en relación al VIH y Sida en El Salvador. Encuesta de opinión pública 2011-2013. ; Marzo 2014.
- 4 ONUSIDA/OMS. Situación de la epidemia de Sida. ; 2005.
- 5 MINSAL. Informe Nacional sobre el Estado de la Situación del VIH en El Salvador. ; 2015.
- 6 CONASIDA. Plan Estratégico Nacional Multisectorial de respuesta al VIH-SIDA e ITS “Innovando Servicios, Reduciendo Riesgos, Renovando Vidas en el Salvador”. ; 2014-2016.
- 7 Chacón DJSS. 2do. Pilar Cálculo e Integración de la Cascada del Continuo de Atención en el Sistema Nacional de Información SUMEVE. [Online]. Panamá; 2016. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=34360&Itemid=270&lang=es.
- 8 Cabrera JJMA. Acceso, eficacia e innovación en la provisión de asistencia técnica a la sociedad civil en el marco de la subvención del fondo mundial en El Salvador. San Salvador;; 2017.
- 9 Martin Foreman PLyCB. Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/Sida en el sector salud. Washington;; 2003.
- 10 Everett B. Stigma: The Hidden Killer: Background Paper and Literature Review. Canadá;; 2006.
- 11 Parker RyPA. Estigma, discriminação e aids. Río de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de aids – abia.; 2001.
- 12 Scrambler G HA. Being epileptic, coming to terms with stigma. In.: ONUSIDA; 2001. p. vol 8: 26-43.
- 13 ONUSIDA. Estigmatización, discriminación y negación relacionadas con el VIH y el SIDA: formas, contextos y factores determinantes. Ginebra;; 2000.
- 14 ONUSIDA. Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con

- el VIH. España;; Abril, 2005.
- 15 Journal of the American Medical Association. HIV-Related Knowledge and Stigma – United States. United States;; 2000.
 - 16 ONUSIDA. A conceptual framework and basis for action: HIV/AIDS. Geneva;; 2002.
 - 17 Herek GM CJWK. HIV-Related Stigma and Knowledge in the United States: Prevalence and Trends. In. United States: American Journal of Public Health; 1999. p. vol 92: 371-377.
 - 18 CONASIDA. Plan Estratégico Nacional Multisectorial de VIH e ITS El Salvador; 2016.
 - 19 Brown Lisanne MKTL. “Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: what have we learned?”, AIDS Education and Prevention. In.; 2003. p. vol 15: 49-69.
 - 20 PRONASIDA. Modelo de Atención en VIH-Sida/ITS para la Población Clave Afectada Paraguay; 2011.
 - 21 ONUSIDA. Comparative Analysis: Research studies from India and Uganda: HIV and AIDS-related Stigma, Discrimination and Denial. Geneva;; 2001.
 - 22 Vivo Positivo. Situaciones de Discriminación que Afectan a las Personas Viviendo con VIH/SIDA. Santiago, Chile;; 2002.
 - 23 Burrows D. Stigmatisation of HIV-positive injecting drug users. [Online].; 2003. Available from: <http://archives.healthdev.net/stigma-aids/msg00004.html>.
 - 24 Cesar A. Coria Mercado JJHCRMS. Provisión de Servicios Libres de Estigma y Discriminación . Asociados al VIH. Guía Práctica para Prestadores de Servicios de Salud. México;; 2008.

GLOSARIO

- **Etapa Sida:** es la fase final y más grave de la infección por el VIH. Puesto que el virus ha destruido el sistema inmunitario, el cuerpo no puede luchar contra las infecciones oportunistas y el cáncer. (Las infecciones oportunistas son infecciones y tipos de cáncer relacionados con infecciones que se presentan con más frecuencia o son más graves en las personas con inmunodeficiencia que en las personas con un sistema inmunitario sano.)
- **HSH:** Hombres que tienen sexo con hombres. El término HSH se refiere a cualquier hombre que tenga sexo con otro hombre independientemente de cómo se autodefina: gay, bisexual o heterosexual, entre otras identidades.
- **MINSAL:** Ministerio de Salud de El Salvador.
- **MT:** Mujer trans. Es una persona del sexo masculino cuya identidad de género no corresponde con el género asignado. (se ve a sí mismo como alguien del sexo femenino).
- **MTS:** Mujeres trabajadoras del sexo. Es una mujer adulta en pleno ejercicio de sus facultades que, sin coacción alguna por parte de terceras personas para ejercer esta actividad, gana dinero u otra forma de retribución mediante el ofrecimiento de un servicio sexual.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud. Se encarga de la gestión de políticas sanitarias a escala global.
- **ONG:** Organización no gubernamental. Institución sin ánimo de lucro que no depende del gobierno y realiza actividades de interés social.
- **ONUSIDA:** Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. Fue establecido en 1996 con objeto de coordinar la respuesta internacional a la epidemia de VIH/Sida y actuar como garante de la acción global y concertada contra el Sida.
- **PASCA:** Programa para fortalecer la respuesta Centroamericana al VIH.
- **PEMAR:** poblaciones en mayor riesgo de infección al VIH.
- **Sida:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- **VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana.
- **VIH crónico:** La segunda fase es la infección crónica por el VIH (también llamada infección asintomática por el VIH o fase de latencia clínica.) Durante esta fase de la enfermedad, el VIH sigue reproduciéndose en el cuerpo pero en concentraciones muy bajas. Aunque personas con infección crónica por el VIH no tienen ningún síntoma relacionado con la misma, pueden propagar el virus a otras.

ANEXO 1



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR FACULTAD DE MEDICINA ESCUELA DE MEDICINA

ENCUESTA AUTODILENGENCIADA PARA VALORAR EL PROCESO DE ATENCIÓN EN RELACIÓN AL VIH

OBJETIVO: Establecer la calidad de atención en relación al VIH por el personal de salud.

INSTRUCCIONES: La obtención de la información es de carácter voluntario y se garantizará el anonimato y la confidencialidad de la información obtenida, por lo que puede responder con toda honestidad

I. DATOS GENERALES

1. Edad: _____
2. Sexo: mujer () hombre: ()
3. Centro de Salud donde labora: San Marcos () Santo Tomás ()
Santiago Texacuangos ()
4. Profesión: _____
5. Años de laborar en el Ministerio de Salud: _____
6. Religión: Católico _____ Evangélico _____ Otros: _____
especifique: _____
7. Si practica una religión es devoto si () no ()
Otro _____
8. Zona de residencia: Rural _____ Urbana _____
9. Estado Civil: soltero/a () casado/a () otro: especifique: _____
10. Mencione las capacitaciones recibidas en relación al VIH/Sida

II. PRÁCTICAS

Indicaciones: conteste las siguientes preguntas en base a lo visto en el servicio de salud donde trabaja

1. ¿Sabe si en alguna ocasión en el último año algún personal de salud ha evitado o ha tratado de forma indiferente a pacientes con VIH?
Si () No () otros: _____
2. ¿Conoce si durante el último año algún personal de salud ha evitado dar asistencia a pacientes con VIH?
Si () No () otros: _____
3. ¿Conoce si durante el último año algún personal de salud ha evitado dar asistencia a pacientes homosexuales?
Si () No () otros: _____
4. ¿Conoce si durante el último año algún personal de salud ha evitado dar asistencia a mujeres trans¹⁶?
Si () No () otros: _____
5. ¿Conoce si durante el último año algún personal de salud ha evitado dar asistencia a pacientes trabajadoras sexuales?
Si () No () otros: _____
6. ¿Durante el último año ha conocido de alguna circunstancia en la que algún paciente se le haya tomado el examen de VIH sin su conocimiento o consentimiento?
Si () No () otros: _____
7. ¿Conoce de algún caso en el último año en que el servicio de salud ha notificado del estado serológico del paciente con VIH a familiares ó parejas sexuales, sin el consentimiento del paciente?
Si () No () otros: _____
8. ¿Conoce si los expedientes de los pacientes con VIH están marcados para que todo el personal sepa que está tratando con personas con VIH?
Si () No () otros: _____
9. ¿Conoce si a un profesional de la salud con VIH se le ha designado trabajo que evite el contacto con pacientes para evitar que infecte a otros?
Si () No () otros: _____
10. ¿Conoce si en el último año algún personal de salud ha ofendido o tratado de forma degradante a un paciente con VIH?
Si () No () otros: _____
11. ¿Conoce si en el último año algún personal de salud ha ofendido o tratado de forma degradante a un paciente que sea homosexual, mujeres trans o trabajadora sexual?
Si () No () otros: _____

¹⁶ MUJER TRANS es una persona del sexo masculino cuya identidad de género no corresponde con el género asignado. (se ve a sí mismo como alguien del sexo femenino).

III: ACTITUD

Indicaciones: seleccione o responda a las afirmaciones siguientes, según su criterio personal.

- 1. Llega un usuario que sabe que tiene VIH y solicita atención.....**
 - a. Extrema las medidas de precaución evitando el contacto físico: usa doble guante o tapaboca si lo va a tocar.
 - b. Lo atiende pero agenda sus citas lo más espaciado posible.
 - c. Comenta con sus compañeros de trabajo su estado serológico.
 - d. Piensa que debería de haber un área específica donde reciban atención, incluyendo los sanitarios.
 - e. Piensa que seguramente es homosexual y si está infectado es porque se lo buscó.
 - f. No sabes qué hacer ni que decirle
 - g. Le brinda el servicio como a los otros usuarios.

- 2. Sabe o sospecha que la persona que acaba de llegar es usuario de drogas inyectadas.**
 - a. Le impresiona su aspecto físico y le pide que para acceder al servicio tiene que bañarse.
 - b. Le niega el servicio o se lo restringe porque está bajo los efectos de la droga.
 - c. Le hace esperar hasta que ya ha atendido a otros usuarios.
 - d. Lo trata con reserva, indiferencia o temor porque considera que seguramente se dedica a algo ilegal.
 - e. Le da el servicio considerando que todo lo que padece es secuela de las sustancias que consume.
 - f. No sabe qué hacer ni que decirle.
 - g. Le brinda el servicio que requiere.

3. Es primera vez que atiende a un usuario y sabe o sospecha que es homosexual.

- a. Piensa inmediatamente que es VIH positivo.
- b. Lo ve “medio raro” y por ello considera que hay que hacerle la prueba de VIH.
- c. Su presencia le provoca molestia, burla, enojo o incomodidad.
- d. Comenta con otros compañeros para saber su opinión al respecto.
- e. No sabría cómo tratarlo.
- f. No siente ninguna reacción y lo trata como al resto de usuarios.
- g. _____

4. Una mujer trans llega buscando atención.

- a. Le pide que se retire porque considera que no es un lugar adecuado para que se atienda, o la transfiere a una médica.
- b. La atiende, pero le pide que se siente en alguna zona donde los demás usuarios no puedan verla.
- c. La atiende pero la mira tratando de averiguar si realmente es hombre o mujer.
- d. La atiende pero su apariencia le provoca curiosidad, miedo, molestia enojo o burla.
- e. No sabría qué hacer ni que decirle
- f. La trata como al resto de los usuarios.
- g. _____

5. A la clínica donde labora acuden mujeres trabajadoras sexuales y usted considera que....

- a. Deberían hacerles exámenes periódicamente en un centro específico para ellas.
- b. Deben tener zonas estratégicas para ejercer su trabajo y recibir atención específica.
- c. Son las únicas responsables de la calidad de vida que tienen y las infecciones que padecen.
- d. Deben ser atendidas para proteger la salud de sus clientes y evitar la proliferación de ITS
- e. No sabe qué hacer ni cómo tratarlas.
- f. Son un sector de la población que requiere de servicios integrales de salud sexual y reproductiva en los centros locales y públicos a los que tiene acceso el resto de la población.
- g. _____

6. Cuando atiende o recibe a una persona que presenta bajo peso, con marcas en la piel, ojeras y que requiere un servicio de emergencia.

- a. Piensa que es una persona con VIH que está en etapa de Sida y que ya no mejorará a pesar de la atención que puede darle.
- b. Piensa que es un usuario de drogas que primero necesita desintoxicarse antes de que pueda ofrecerle cualquier tipo de servicio médico
- c. Le hace todo tipo de exámenes, entre ellos la prueba de VIH. Así sabrá qué riesgo corre antes de darle cualquier atención.
- d. Le ofrece la atención pero redobla los cuidados evitando el contacto físico
- e. No sabe qué hacer ni que decirle
- f. Le ofrece la atención que está a su alcance para estabilizarlo.
- g. _____

7. Si tiene trato cotidiano o atiende a una mujer con VIH considera que....

- a. Deberían negarle el contacto con sus hijos.
- b. Seguramente lleva una vida sexual promiscua y por esa razón se infectó
- c. Debe dejar de tener vida sexual para evitar que se transmita el virus a su pareja o nuevas parejas.
- d. Debe tomar todas las precauciones para no embarazarse porque lo más seguro es que transmitirá el virus a su bebé.
- e. No sabría qué hacer ni que decirle.
- f. Hay que ofrecerle alternativas que mejoren su salud física, sexual y reproductiva.
- g. _____

8. Considera que en un servicio de salud, el personal con VIH

- a. No debería trabajar ahí porque pone en riesgo a los usuarios del servicio.
- b. Debe de redoblar las precauciones (usar doble guante o mascarilla) cuando tiene trato con los usuarios y/o use el servicio sanitario.
- c. Debe informar su estado serológico a sus compañeros y usuarios para que estos tomen las previsiones que consideren pertinentes.
- d. Considera que la infección o el tratamiento afectan su desempeño laboral, social e intelectual.
- e. No sabe qué hacer ni que decirle.
- f. Tiene derecho a la confidencialidad de su estado serológico.
- g. _____

9. Si una persona se realiza la prueba de VIH y esta se encuentra positiva el personal de salud debería....

- a. Recomendar al paciente que brinde la información a todas las personas con las que tiene trato.
- b. Deben ser notificados solo al personal médico directo para que redoblen las medidas preventivas.
- c. Deben de conservarse en el expediente y proporcionarlo al personal médico y de atención directa que lo requiera.
- d. Deben ser proporcionados al paciente recomendándole que lo informe al resto de sus parejas sexuales y personas de su contexto.
- e. No sabe qué hacer.
- f. Deben de proporcionarles alternativas a las que puede acceder allí o en otro servicio de salud.
- g. _____

Marca con una "X" lo más cercano a las sensaciones que te produce tratar o atender las siguiente poblaciones.

		Ira o enojo	Incomodidad molestia	Indiferencia	Lastima	Empatía
10	Persona con VIH					
11	Hombre que tiene sexo con hombre					
12	Persona transgénero					
13	Trabajadora sexual					
14	Usuarios de drogas inyectadas					

15. ¿Cómo las personas de mayor riesgo a contraer el VIH y que viven con VIH son discriminadas en su lugar de trabajo?

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

<p>ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN RELACIÓN AL VIH POR EL PERSONAL DE SALUD DEL SISTEMA BÁSICO DE SALUD INTEGRAL SUR, MICRO-RED SAN MARCOS, JUNIO- AGOSTO DE 2017.</p>

Actualmente se realiza por la Facultad de Medicina de la universidad de el Salvador un estudio para conocer la calidad de atención en relación al VIH por el personal de salud del Sistema Básico De Salud Integral Sur, Micro-Red San Marcos, por lo cual se solicita de su valiosa colaboración.

Su participación en el estudio consistirá en responder un cuestionario que se le proporcionará, la información obtenida de dicho instrumento será confidencial, por lo que se le solicita responder con toda honestidad

Su participación en el estudio es de carácter voluntario, y podrá retirarse en algún momento si usted lo decide.

Con la información obtenida se pretende mejorar la atención hacia la población de mayor riesgo y personas con VIH.

Nombre de la persona que acepta participar en el estudio:

Firma de la persona que obtiene el Consentimiento:

Fecha: _____ de _____ del _____.