

**INMUJERES**

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES



Instituto Nacional  
de Salud Pública

“Evaluación de barreras para la adherencia al  
tratamiento de las niñas, adolescentes,  
mujeres y mujeres transgénero y transexuales  
que viven con VIH”

**Informe final**

**2018**

**Equipo de investigación**

Dra. Leith León Maldonado

Dra. Betania Allen Leigh

Dra. Aremis Villalobos

Dr. Jorge Salmerón

Dr. Tonatiuh Barrientos Gutiérrez

Med. Cir. Miguel Pérez Sastré

**Equipo de trabajo en campo**

Dra. Betania Allen Leigh

Ana Emilia Quiroz Almaraz

Haydé Candia Flores

Fátima Urban Sánchez

## Índice

Resumen	4
Introducción	5
Justificación	8
Objetivos	
<i>General</i>	9
<i>Específicos</i>	9
Metodología	
<i>Objetivo 1</i>	10
<i>Objetivos 2, 3 y 4</i>	11
<i>Enfoque metodológico</i>	11
<i>Marco teórico</i>	11
<i>Población de estudio</i>	12
<i>Criterios de inclusión</i>	13
<i>Criterios de exclusión</i>	13
<i>Sitios del estudio</i>	13
<i>Procedimientos del estudio</i>	13
<i>Consideraciones éticas</i>	15
<i>Reclutamiento</i>	15
<i>Muestra final</i>	16
<i>Procesamiento de datos y análisis</i>	16
<i>Categorías de análisis</i>	18
Cuadro 1	20
Cuadro 2	22
Hallazgos	
<i>Objetivo 1</i>	24
<i>Recomendaciones</i>	26
<i>Cuadro 3</i>	28
<i>Objetivo 2</i>	32
<i>Objetivo 3</i>	44
<i>Objetivo 4</i>	56
<i>Objetivo 5</i>	70
<i>Objetivo 6</i>	76
Referencias	78
Páginas de Internet	80
Glosario de términos	84
Anexos	

## **Resumen**

*Antecedentes.* Se ha documentado que la adherencia al tratamiento es el principal determinante para el éxito de cualquier terapia. En el caso de las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la adherencia al tratamiento antirretroviral es fundamental para prolongar la vida con buena calidad. Identificar y entender los factores que constituyen barreras a la adherencia es relevante para guiar estrategias e intervenciones en salud que favorezcan un adecuado cumplimiento terapéutico.

*Objetivo.* Evaluar las barreras para la adherencia al tratamiento antirretroviral de las mujeres, niñas y adolescentes, incluyendo las mujeres transgénero, que viven con VIH.

*Métodos.* Se propuso un estudio cualitativo para explorar las creencias, percepciones y experiencias de mujeres VIH-positivas alrededor de las barreras que existen para la adherencia al tratamiento antirretroviral. Para el diseño de los instrumentos de recolección de datos y el análisis se planteó retomar constructos teóricos del modelo de creencias en salud y la teoría de la acción razonada, así como la perspectiva de género; también se revisó literatura reciente sobre adherencia al tratamiento antirretroviral en mujeres (cisgénero, transgénero y adolescentes). Durante el análisis también se buscó permitir que categorías de análisis pudieran emerger de los mismos datos cualitativos. Se hizo una revisión de los documentos normativos sobre la atención para mujeres viviendo con VIH (y específicamente tratamiento antirretroviral). Se recolectaron datos (con entrevistas semiestructuradas individuales) de una muestra seleccionada a propósito; esto implicó incluir personas que pudieran aportar datos ricos con relación al tema de estudio y no constituye una muestra representativa. La muestra incluyó: mujeres viviendo con VIH, específicamente 12 mujeres cisgénero (no trans), 11 mujeres transgénero (mujeres trans), 4 adolescentes (de 16 a 19 años, no fue posible incluir en la muestra a adolescentes menores de 16 años ni a niñas), todas las cuales viven con VIH. La muestra también incluyó 20 prestadoras y prestadores de atención y expertas/os en la adherencia antirretroviral específicamente entre mujeres mexicanas. Se grabaron el audio de las entrevistas individuales. Se analizaron los apuntes y las transcripciones a través de la comparación constante. Se buscó: 1.) identificar y entender las barreras más importantes a la adherencia al tratamiento antirretroviral; 2.) describir la influencia que pudiera tener el que las mujeres viviendo con VIH tengan o no acompañamiento por una persona cercana durante la atención, en la mejora de la adherencia al tratamiento antirretroviral. Se hizo un análisis cualitativo de los documentos normativos sobre la atención para VIH para determinar la mención específica de las mujeres (cisgénero, trans, niñas/adolescentes) y para registrar si plantean una perspectiva de género.

*Resultados.* Se presenta: 1.) un análisis de los documentos normativos; 2) datos cualitativos retomados de las entrevistas relacionados con las barreras institucionales a la adherencia al tratamiento antirretroviral en distintos grupos de mujeres viviendo con VIH; 3.) datos cualitativos retomados de las entrevistas relacionados con las barreras socioeconómicas a la adherencia al tratamiento antirretroviral en distintos grupos de mujeres viviendo con VIH; 4.) una descripción de la influencia del acompañamiento y el apoyo entre las mujeres VIH-positivas en la adherencia al tratamiento antirretroviral; 5.) recomendaciones para fortalecer la adherencia y 6.) recomendaciones específicas para mejorar la atención de las adolescentes con VIH.

## **Introducción**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado directrices para el uso de medicamentos antirretrovirales en el tratamiento del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).<sup>1</sup> Desde un enfoque poblacional, una de las principales directrices es que todas las personas que viven con VIH reciban la terapia antirretroviral. Esto consiste en la combinación de medicamentos antirretrovirales con el fin de interrumpir la reproducción del virus, retrasar la progresión al síndrome de inmunodeficiencia adquirida, mejorar la supervivencia y disminuir el riesgo de transmisión del virus. Razones por las cuales el tratamiento antirretroviral está recomendado para niños(as), adolescentes y personas adultas que viven con VIH.<sup>2</sup>

Para el año 2017, 36.9 millones de personas adultas, 35.1 millones de mujeres mayores de 15 años y 18.2 millones de niños y niñas menores de 15 años vivían con VIH en todo el mundo.<sup>3</sup> En cuanto al tratamiento, se estima que, para junio del año 2017, 20.9 millones tuvieron acceso al tratamiento antirretroviral, observando un incremento respecto a los años 2015 y 2010 donde se reportaron cifras de 15.1 y 7.7 millones de personas con acceso al tratamiento antirretroviral, respectivamente. Sin perder de vista las nuevas infecciones por año, por ejemplo, 1.8 millones de personas contrajeron la infección por VIH durante el 2016.<sup>4</sup>

La cobertura del tratamiento antirretroviral está incrementando, por lo que resulta esencial asegurar que los medicamentos se distribuyan de forma equitativa sin distinción de ningún tipo, así como garantizar su disponibilidad a un precio accesible. En el contexto global cada nación incorpora las recomendaciones considerando su economía, la carga de la enfermedad, el sistema de salud, la organización de los programas preventivos y de control, etc., pero sin duda los enormes retos internacionales demandan grandes esfuerzos para mitigar la carga por VIH en cualquier parte del mundo. Aun ante tales esfuerzos internacionales, regionales y nacionales, la eficacia del tratamiento antirretroviral no se circunscribe a su disponibilidad o a su acceso, ésta depende de otros factores como la distribución equitativa o el uso del medicamento para asegurar el éxito de la adherencia, en el entendido que ningún medicamento funciona si no se toma.

Se ha documentado que la adherencia es fundamental para el éxito del tratamiento antirretroviral y una franca reducción de la mortalidad,<sup>5,6</sup> incluso se ha reconocido como el factor más importante para el resultado esperado del tratamiento antirretroviral.<sup>6</sup> Por otro lado, la mala adherencia no limita el avance de la infección y aumenta el riesgo de resistencia a otros medicamentos, en suma, determina el fracaso del tratamiento.<sup>2</sup>

La adherencia al tratamiento antirretroviral es un proceso complejo, mismo que representa un desafío para el individuo, su entorno y el propio sistema de salud. La cadena jerárquica de la adherencia involucra tres factores;<sup>2,7-10</sup> a) sistémicos: costo de los tratamientos o el estigma hacia las personas que viven con VIH; b) sectoriales: organización del sistema de salud -infraestructura, disponibilidad del tratamiento, acceso, adiestramiento del personal, programas de educación, atención del personal de salud -empatía, confianza y acompañamiento, y c) individuales - características sociodemográficas, condiciones de ansiedad/depresión -creencias sobre el tratamiento, gravedad percibida, conocimiento sobre el VIH, temor al estigma, aspectos clínicos - efectos secundarios de los medicamentos, régimen terapéutico como horarios o cantidad de pastillas.<sup>2,7-10</sup>

En México la epidemia de VIH es concentrada porque se mantiene mayormente en poblaciones clave como; hombres que tienen sexo con hombres, hombres y mujeres trabajadores(as) sexuales, mujeres transgénero y personas que usan drogas inyectables. Se estima que para el año 2014 había 190,000 personas de todas las edades viviendo con VIH, para el año 2016 se estimaron 220,000. Para el año 2016 el 60% de las personas que viven con VIH en México se encontraban tomando tratamiento antirretroviral, el 99% lo reciben del sector público. Las prevalencias de VIH más altas son en población transgénero (17.4%) y hombres que tienen sexo con hombres (17.3%).<sup>11,12</sup>

Se ha observado que los nuevos casos de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se han mantenido estables en los últimos años, por ejemplo, se reportaron 5,604 casos nuevos durante el año 2012 y 5,670 casos para el año 2017. Esto podría interpretarse como mejoras en la adherencia y en las medidas de control en su conjunto. No obstante, es importante no perder de vista que los casos nuevos de VIH han ido en aumento; 5,793 casos nuevos para el año 2012 hasta alcanzar 8,213 para el año 2017. Lo que subraya la necesidad de ofrecer un manejo integral a las personas que viven con VIH.<sup>13</sup>

En forma adicional, se ha observado que no todas las personas que viven con VIH están en igualdad de condiciones, ni tienen las mismas oportunidades de acceso a la atención médica. Algunas personas enfrentan condiciones de estigma social que sin duda comprometen tanto el inicio como la adherencia al tratamiento. Este pudiera ser el caso de las mujeres transgénero y transexuales (que en este documento llamaremos mujeres trans). La información sobre la adherencia entre las mujeres es escasa y en particular en niñas/adolescentes y mujeres trans. Los estudios en estas poblaciones se han conducido principalmente en países africanos, existe muy poca información para países de América Latina como México.

No obstante, desde el año 2004 se han realizado esfuerzos importantes por documentar el conocimiento sobre la problemática que han enfrentado las mujeres que viven con VIH/SIDA en nuestro país.<sup>14</sup> Trabajos como éste llevaron a reconocer la necesidad de incluir la perspectiva de género dado que la mirada hacia la prevención y el control de la epidemia se centraba mayormente en los hombres.<sup>14</sup> Dando voz a las mujeres que viven con VIH en México, se publicaron para este mismo año sus experiencias, necesidades, apoyos, contexto familiar, médico y comunitario así como las dificultades que atraviesan a partir de recibir un diagnóstico.<sup>15</sup> El trabajo realizado con poblaciones indígenas y áreas rurales, para atender los problemas de salud sexual y reproductiva, es de gran relevancia para entender qué pasa en las comunidades, y dibujar el contexto más complejo para las mujeres indígenas que viven con VIH/SIDA, lo que las hace más vulnerables dado que viven en condiciones desfavorables. El rol y el trabajo de las parteras es fundamental en el entorno comunitario, incluyendo el trabajo que pueden realizar alrededor de la prevención del VIH/SIDA el cual se ha descrito.<sup>16</sup> Años más tarde se publicaron hallazgos sobre la epidemia del VIH/SIDA en mujeres, adolescentes y niñas mexicanas, uno de los primeros esfuerzos por documentar la epidemiología, prevención, atención y mejores prácticas en estas poblaciones.<sup>17</sup>

Este vacío en el conocimiento genera la necesidad de continuar con el estudio y documentación de las condiciones de adherencia entre los grupos afectados por el VIH desde una perspectiva integral, incluyendo componentes individuales, de género y organizativos. Resulta de gran interés explorar las creencias y percepciones alrededor del tratamiento antirretroviral, identificar los factores involucrados en la adherencia, así como tratar de entender cómo es que éstos influyen en las actitudes del individuo frente al tratamiento o al apego.

- a) Estudiar el contexto en el que se presta la calidad y atención en los servicios de salud como un elemento fundamental en la adherencia. Explorar la disponibilidad de infraestructura para brindar este servicio. La forma en que está organizado el programa preventivo y de control, resulta en la disponibilidad de tratamiento e insumo requeridos, horarios de servicio, personal capacitado y sensibilizado, programas de educación y fomento a la salud.
- b) La evaluación del vínculo paciente-personal de salud es otro componente primordial con potencial para impactar en la adherencia al tratamiento y los resultados en salud.<sup>5</sup> Este lazo resulta significativo para el individuo dado que las y los prestadoras/es forman parte de la red de apoyo y sus experiencias serán determinantes. Identificar la dinámica entre el paciente-personal de salud, entender cómo se construye esta interacción es igualmente relevante. Asimismo, explorar cómo es el acompañamiento, la consejería y el asesoramiento durante el seguimiento.

- c) El conocimiento sobre sus percepciones y actitudes frente el tratamiento, sus motivaciones para la adherencia o el desapego, sus necesidades de atención, las posibles limitaciones que han experimentado para su utilización o las posibles barreras para el acceso y el tratamiento. Así mismo, es de gran relevancia explorar sus preferencias para la atención, sus percepciones sobre los beneficios del tratamiento y su continuidad, en el entendido de que los desafíos que enfrentan estos grupos pueden ser únicos para lograr la adherencia y es necesario reconocerlos. Esta información es indispensable para la formulación de estrategias que fomenten la adherencia.

La perspectiva de género es una herramienta útil para evaluar si la atención que se brinda a las personas con VIH es equitativa y favorece un trato igualitario. Revisar bajo el lente de esta perspectiva el marco legal existente, normas, guías de práctica clínica, etc., es imprescindible para; a) garantizar el acceso al tratamiento en igualdad de condiciones; b) garantizar que el servicio que se brinda es igualitario sin hacer distinciones que favorezcan la discriminación o el estigma; c) garantizar la igualdad de oportunidades para el tratamiento.

El resultado de una revisión bajo este enfoque permitirá hacer propuestas para mejorar el marco normativo, así como planificar o reorientar políticas públicas para la atención igualitaria de grupos de mujeres/niñas/adolescentes, mujeres trans.

En resumen, la presente propuesta plantea una evaluación integral de aquellos aspectos que influyen sobre las barreras para la adherencia al tratamiento de las mujeres/niñas/adolescentes, mujeres trans que viven con VIH.

### **Justificación**

En la búsqueda por controlar la epidemia del SIDA, organismos internacionales como la OMS y ONUSIDA propusieron en el año 2014 objetivos clave como el 90-90-90, a cumplirse en el año 2020. Brevemente, este planteamiento considera: a) mejorar el conocimiento de las personas respecto a su estado serológico; b) acceso al tratamiento antirretroviral; y c) las personas con el tratamiento antirretroviral tienen carga viral suprimida.

Este objetivo ha orientado los programas nacionales en distintos países incluido México. En nuestro país la política nacional sobre el tratamiento del VIH señala el acceso universal al tratamiento antirretroviral desde el año 2003. El programa de Acción Específico, Respuesta al VIH 2013-2018 señala dos puntos clave; perspectiva de género en todas las acciones y un México incluyente. Lo que se traduce en considerar en el diseño y formulación de intervenciones de salud a todas las personas sin distinción alguna, dando la misma oportunidad a todos los individuos. Las poblaciones

más afectadas por el VIH son también personas que viven mayor estigma y ello podría coartar los esfuerzos de inclusión e integración. Asimismo, los esfuerzos por dar acceso al tratamiento antirretroviral a todas las personas que viven con VIH podrían verse disminuidos si no contamos con insumos para: a) implementar intervenciones que lleven a disminuir los efectos del VIH e ITS, mediante prevención focalizada, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, así como el fortalecimiento de la rectoría; b) implementar estrategias de prevención combinada en poblaciones clave y en situación de desigualdad; c) brindar atención integral de calidad del VIH e ITS, con respeto a los derechos humanos y la diversidad sexual y cultural; y d) eliminar la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita para lograr la primera generación libre de estas infecciones como se establece en el programa de acción.

El cumplimiento de objetivos nacionales e internacionales puede verse comprometido si no escuchamos y atendemos las dificultades a las que se enfrentan las personas que viven con VIH, aun teniendo acceso a su tratamiento. Es necesario comprender sus necesidades con el fin de poder diseñar estrategias en salud que, a mediano plazo, lleven a cumplir los objetivos en su conjunto.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Evaluar las barreras para la adherencia al tratamiento antirretroviral de las mujeres, niñas y adolescentes, incluyendo las mujeres transgénero, que viven con VIH.

### **Objetivos específicos**

El presente estudio contempla seis objetivos específicos:

Objetivo 1. Identificar los vacíos que pudieran existir en los documentos normativos vigentes en cuanto a la materia de atención con perspectiva de género en mujeres con VIH, incluyendo mujeres (cisgénero, que es un término que se utiliza para las mujeres que no son trans o transgénero), niñas/adolescentes y mujeres trans.

Objetivo 2. Identificar las barreras de los servicios de salud, en cuanto a infraestructura, capacitación y recursos humanos, en la atención a las mujeres con VIH que repercuten en la adherencia al tratamiento.

Objetivo 3. Identificar las barreras económicas y socioculturales a las que se enfrentan las mujeres con VIH, incluyendo a las mujeres trans, para recibir una atención de calidad y su adherencia al tratamiento.

Objetivo 4. Indagar sobre qué papel tiene el acompañamiento de las mujeres con VIH en la mejora de la adherencia al tratamiento.

Objetivo 5. Elaborar recomendaciones de política pública para el sector salud respecto al fortalecimiento de la adherencia al tratamiento en mujeres con VIH, incluyendo a las mujeres trans.

Objetivo 6. Incluir recomendaciones especiales para la atención de las niñas y adolescentes con VIH, ya que tienen menores índices de apego al tratamiento.

## **Metodología**

### ***Para cumplir con el objetivo 1:***

*Objetivo 1: Identificar los vacíos que pudieran existir en los documentos normativos vigentes en cuanto a la materia de atención con perspectiva de género en mujeres con VIH, incluyendo mujeres (cisgénero, que es un término que se utiliza para las mujeres que no son trans o transgénero), niñas/adolescentes y mujeres trans.*

Para identificar los vacíos que pudieran existir en los documentos normativos vigentes, en materia de atención con perspectiva de género de las personas que viven con VIH, se realizaron los siguientes procedimientos: a) búsqueda documental, guiada por expertos, y revisión de textos normativos sobre la atención de mujeres que viven con VIH en México; b) revisión de documentos encontrados en el sitio web del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA); c) elaboración de lista de temas propuestos para revisar y analizar qué tanto aborda cada documento normativo.

a. Búsqueda documental de textos normativos; b. Revisión de contenidos.

Para la búsqueda documental de textos normativos sobre la atención de mujeres que viven con VIH se establecieron las siguientes palabras clave; guía y/o norma, tratamiento antirretroviral y México. Se privilegió el acercamiento con expertos para guiar la búsqueda. Se revisaron las referencias de cada documento, lo que permitió reconocer un mayor número de elementos. La revisión de contenido se basó en dos aspectos; tratamiento antirretroviral, el manejo terapéutico de niñas, adolescentes, mujeres y mujeres trans, así como el abordaje del género y la perspectiva de género en cada documento. Se obtuvieron algunas proporciones para establecer la relación entre los documentos que abordan la atención de niñas/adolescentes/mujeres/mujeres trans y el total de documentos revisados. De igual manera, se revisó cuántos documentos incluyen género/perspectiva de género, mencionados de forma explícita en su contenido o si se aborda de forma implícita en su contexto. Adicionalmente se elaboró una lista de términos relevantes para la revisión del marco normativo alrededor de la atención de mujeres que viven con VIH. La propuesta de estos términos se fundamentó en la literatura. Posteriormente se buscó si estos términos están mencionados en los

documentos revisados. Se obtuvieron datos marginales para identificar con facilidad el número de términos que incluye cada documento, así como el número de veces que cada término es utilizado. La información se organizó en cuadros y esquemas para facilitar la revisión, el análisis e interpretación.

***Para cumplir con los objetivos 2, 3 y 4:***

*Objetivo 2. Identificar las barreras de los servicios de salud, en cuanto a infraestructura, capacitación y recursos humanos, en la atención a las mujeres con VIH que repercuten en la adherencia al tratamiento.*

*Objetivo 3. Identificar las barreras económicas y socioculturales a las que se enfrentan las mujeres con VIH, incluyendo a las mujeres trans, para recibir una atención de calidad y su adherencia al tratamiento.*

*Objetivo 4. Indagar sobre qué papel tiene el acompañamiento de las mujeres con VIH en la mejora de la adherencia al tratamiento.*

*Enfoque metodológico*

Se planteó un estudio cualitativo cuyas técnicas permitieran explorar las creencias, percepciones y experiencias de las mujeres alrededor del tratamiento antirretroviral, específicamente con relación a las barreras a la adherencia.<sup>18</sup> Este enfoque metodológico,<sup>19</sup> además de permitir analizar las experiencias de los individuos (en este caso, mujeres) en el uso del tratamiento antirretroviral, también permitió incluir aportes y reflexiones de expertas/os en la materia.

*Marco teórico*

Se retomaron constructos teóricos del Modelo de Creencias en Salud y la Teoría de la Acción Razonada para diseñar los instrumentos de recolección de datos y analizar los datos; asimismo, se incorporó la perspectiva de género como enfoque central para analizar e interpretar los datos.<sup>18</sup> El Modelo de Creencias en Salud permite analizar las percepciones del individuo sobre la susceptibilidad y severidad del VIH, los beneficios y barreras percibidas del tratamiento antirretroviral, para de esta manera ayudar a identificar algunas de las barreras claves para la adherencia al régimen de tratamiento, así como identificar y entender que factores podrían modificar las creencias y entender los comportamientos que ocurren con relación al tratamiento antirretroviral.<sup>20</sup> La Teoría de la Acción Razonada permite fundamentar el entendimiento de la intención de adherirse al tratamiento antirretroviral en función de la actitud ante el VIH y el

tratamiento, influenciada por las creencias sobre el tratamiento antirretroviral, el VIH y de las normas subjetivas relacionadas con el fenómeno de estudio.<sup>21</sup>

El género –lo que significa ser mujer u hombre en una sociedad dada, así como las prácticas, actitudes y posición relacional de poder que de ello devienen– será un eje central del análisis e interpretación de los datos. La perspectiva género es esencial para la comprensión de la epidemia del VIH/SIDA en términos tanto de cómo ocurre la infección por el VIH–en cuanto a lo social–, como de la experiencia de vivir con la enfermedad. La perspectiva de género –al permitirnos ver la desigualdad, en términos de valorización y poder, que hay entre hombres y mujeres, así como la manera en que las prácticas y las concepciones son socialmente construidas con base en esta desigualdad– es necesaria para comprender la epidemia del VIH/SIDA porque la desigualdad de género es uno de los principales determinantes de la vulnerabilidad ante la infección por VIH, y también define gran parte de la situación de las personas viviendo con el VIH/SIDA.

En el análisis cualitativo se utilizó la perspectiva de género, la cual permitió tomar en cuenta la desigualdad, en términos de valorización y poder, que hay entre hombres y mujeres, así como la manera en que las prácticas y las concepciones son socialmente construidas con base en esta desigualdad. La comprensión de las creencias, percepciones, actitudes y comportamientos de las usuarias (mujeres VIH-positivas) ante el tratamiento antirretroviral es posible solamente en el contexto más amplio de la construcción social de las normas, papeles y relaciones de género así como la incorporación de estas construcciones sociales a nivel individual por las mujeres y los hombres involucrados en tales relaciones.<sup>22-24</sup>

#### *Población de estudio*

Una muestra de usuarias (mujeres viviendo con VIH, incluyendo mujeres cisgénero –es decir, mujeres no trans–, mujeres transgénero y mujeres adolescentes –ellas tienen entre 16-19 años, no fue posible incluir en la muestra a adolescentes menores de 16 años ni a niñas), se seleccionaron a propósito o de manera intencional, en el único centro de atención de personas que viven con VIH donde se obtuvo permiso para implementar el estudio: las Clínicas Especializadas Condesa (en Condesa e Iztapalapa). Las y los prestadoras/es de atención se seleccionaron de diversas instituciones médicas.

El tamaño de la muestra se definió a través de los criterios de la saturación (en este caso, no la saturación teórica, sino temática). Esto implica que se incluyeron gradualmente más usuarias, prestadoras/es de atención o expertas/os en la muestra hasta que se logró la saturación de los datos, que es cuando se han cubierto los diferentes ámbitos temáticos que se planteó explorar en el estudio

(los objetivos del estudio) y cuando no surge nuevo material, sino que los temas empiezan a repetirse. Para determinar esto, fue necesario revisar el contenido de cada entrevista después de realizarla para determinar los temas que se habían tocado y con qué profundidad se había discutido cada tema. Cuando se determinó que empezaban a repetirse los temas y que se había un cierto nivel de densidad, riqueza o saturación (temática) de los datos, ya no se realizaron más entrevistas.

#### *Criterios de inclusión*

Prestadoras/es de servicio o expertas/os de cualquier profesión que laboran en los centros de atención especializados que aceptaron participar en el estudio y que dieron su consentimiento para participar voluntariamente. Usuaris que acudieron a los centros de atención especializados que participan en el estudio, quienes eran mujeres viviendo con VIH y que utilizaban (actual o anteriormente) tratamiento antirretroviral y que aceptaron participar en el estudio y que dieron su consentimiento para participar voluntariamente.

#### *Criterios de exclusión*

Prestadores de servicio de cualquier profesión que no aceptaron dar su consentimiento para participar voluntariamente o que no trabajaban directamente con mujeres viviendo con VIH, específicamente en cuanto al tratamiento antirretroviral. Expertos quienes no trabajaban sobre el tema del tratamiento antirretroviral con relación a las mujeres. Usuaris que acudan a los centros de atención especializados que no den su consentimiento para participar en el estudio, o que no vivan con VIH, o que no utilizan ni nunca han utilizado tratamiento antirretroviral.

#### *Sitios del estudio*

Las usuarias se reclutaron de la Clínica Especializada Condesa-Iztapalapa en la Ciudad de México, donde se obtuvo permiso para hacer investigación con pacientes. Se les invitó a las usuarias dentro de las unidades médicas o a través de organizaciones de la sociedad civil. Se entrevistó a las usuarias de la atención en un lugar privado y con silencio. La invitación para las/os prestadoras/es de servicio o expertas/os fue personalizada y se reclutaron de diversas instituciones en donde ellos laboran; las entrevistas se realizaron en el horario y el lugar que ellos definieron como aceptable, siempre que tuviera silencio y privacidad. Se incluyeron prestadoras/es de atención y expertas/os de las siguientes instituciones médicas: Clínica Especializada Condesa, Clínica Especializada Condesa-Iztapalapa, Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Nacional de Enfermedades

Respiratorias, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Censida y un Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS).

### *Procedimientos del estudio*

Se realizaron entrevistas semiestructuradas (cualitativas, individuales) con el fin de explorar las barreras, las actitudes y el comportamiento de los grupos de adolescentes, mujeres (cisgénero) y mujeres transgénero. Aunque se planteó realizar entrevistas a algunas madres o padres de niñas que viven con VIH, como decisores del manejo clínicos de sus hijas, se encontró que las pocas adolescentes que reciben atención en algunos casos son emancipadas o aunque vivan con sus padres, no hay un tutor que las acompañe a la atención; por ende, no se entrevistaron a tutores de adolescentes viviendo con VIH. Por otra parte, las adolescentes entrevistadas tienen entre 16-19 años, no fue posible incluir en la muestra a adolescentes menores de 16 años ni a niñas. Los Comités de Ética y de Investigación del INSP, así como las instituciones médicas donde reciben atención pacientes/usuarios/as en México, exigen que para realizar investigación con usuarios/as de la atención médica, se tenga la autorización por escrito de parte de la institución o unidad médica en cuestión. En esta investigación por limitaciones en el tiempo no obtuvo la autorización únicamente de parte de la unidad médica mencionada, as Clínicas Especializadas Condesa (en Condesa e Iztapalapa) (fue posible en este caso por la trayectoria previa de investigación en conjunto entre el INSP y las Clínicas Condesa). Dado que estas dos clínicas no atienden casos pediátricos, no fue posible incluir a niñas con VIH (o sus tutores) en la muestra. También se entrevistaron a expertas/os en adherencia a antirretrovirales y atención para mujeres mexicanas con VIH y prestadoras/es de servicio, como actores principales de la atención.

Se hicieron grabaciones del audio (en grabadoras digitales, con doble grabación para garantizar la calidad del audio) de las entrevistas. Asimismo, se recolectaron algunos datos sociodemográficos en cuestionarios en papel sobre los y las entrevistados/as. En el caso de las mujeres viviendo con VIH, se determinó cuales datos sociodemográficos recolectar basado en experiencias previas del equipo de investigación en la recolección de datos con esta población. Específicamente, habiendo encontrado en estudios previos mucho rechazo emocional a preguntas sobre la fecha del diagnóstico con VIH y sobre el tipo de transmisión, no se recolectó esta información; dado que la investigación se enfoca en las barreras a la adherencia al tratamiento antirretroviral, se optó por recolectar el tiempo desde el cual las participantes habían utilizado este tipo de tratamiento. Asimismo, dado que en investigaciones previas se ha observado un gran rechazo de parte de esta población a proporcionar datos que en su percepción podrían identificarlas y así violar su confidencialidad, no

se recolectaron datos sobre el lugar de residencia de las usuarias de la atención médica entrevistadas.

### *Consideraciones éticas*

Este estudio considera un abordaje cualitativo que involucró realizar entrevistas individuales a mujeres viviendo con VIH, así como expertas/os en el tema y prestadoras/es de atención. Se leyó una carta de consentimiento informado a cada entrevistada/o, se grabó el consentimiento verbal que otorgó la o el entrevistada/o y se entregó una tarjeta de información sobre personas a contactar en caso de quejas o dudas (la presidenta del Comité de Ética del INSP, alguien ajena al estudio). Se buscó que la participación en este estudio fuera independiente de las consultas de las mujeres viviendo con VIH. No se utilizaron nombres en ningún documento ni en las entrevistas grabadas. En caso de que se mencionara un nombre o algún dato que pudiera identificar a alguna persona en la grabación, esta información no fue incluida en la transcripción. Las grabaciones del audio se guardaron en un disco duro con contraseña que no está conectado al internet. Las trabajadoras de campo que realizaron las entrevistas tenían experiencia previa en realizar entrevistas con personas con VIH y experiencia en el manejo de técnicas de contención emocional, así como experiencia en realizar entrevistas con mujeres transgénero.

### *Reclutamiento*

Las y los entrevistada/os se reclutaron a través de los siguientes mecanismos:

- 1) Las mujeres con VIH (trans y no trans) y adolescentes, se contactaron de forma directa en la Clínica Especializada Condesa-Iztapalapa. Adicionalmente, se contactó a organizaciones de la sociedad civil que trabajan con mujeres trans, personas en situación de calle, trabajadoras sexuales y mujeres viviendo con VIH, para invitar a entrevistadas que cumplieran con los criterios de inclusión.
- 2) Se seleccionaron a propósito las y los prestadoras/es de atención que laboraban en la Clínica Especializada Condesa (en Condesa y en Iztapalapa) y en otras instituciones cuando había un contacto personal con esas personas;
- 3) Las y los expertas/os se seleccionaron a propósito también, con base en los conocimientos de las investigadoras involucrados en el presente proyecto y se contactaron por teléfono para fijar la fecha de la entrevista;

- 4) Se pidió que las y los prestadoras/es de atención que recomendaran otros/as entrevistados/as que conocían, y que laboraban en la misma o en otras instituciones, quienes son expertas/os en el tema del estudio o que trabajan con mujeres viviendo con VIH.

Después de obtener el consentimiento y/o asentimiento informado de cada entrevistada/o, se aplicó la guía de entrevista correspondiente a cada tipo de usuaria, prestadora/prestador o experta/o, las cuales incluyeron preguntas abiertas. Se grabaron en audio las entrevistas (si la/el entrevistada/o dio consentimiento para la grabación, que siempre fue otorgado en este estudio, no hubo rechazo hacia la grabación en audio), utilizando grabadoras digitales. Posterior a la entrevista, se aplicó una pequeña cédula para recolectar datos sociodemográficos.

### *Muestra final*

La muestra constó de:

- 12 entrevistas con mujeres cisgénero, 11 entrevistas con mujeres trans género, 4 entrevistas con mujeres adolescentes (2 tuvieron transmisión vertical del virus y 2 tuvieron otro tipo de transmisión durante la adolescencia) (Cuadro 1);
- 6 entrevistas con médicas/os tratantes, 2 entrevistas con coordinadoras/es, 11 entrevistas con otros tipos de prestadoras/es de atención (como enfermeras, trabajadora social, psicóloga, etc.) y 1 entrevista con un investigador (Cuadro 2);
- Los prestadores de atención y expertos entrevistados trabajan en las Clínicas Especializadas Condesa y Condesa-Iztapalapa (la mayoría), en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, el Instituto Nacional de Cancerología, un Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual y el Centro Nacional para la Prevención y Control de VIH/SIDA.

### *Procesamiento de datos y análisis*

Se hizo la transcripción (a Word) de todas las grabaciones. Las transcripciones de las entrevistas individuales se analizaron con las técnicas del análisis cualitativo surgidas de las tradiciones de la teoría fundamentada y la etnografía (usando el programa de análisis cualitativo Atlas.ti como herramienta). Este método, llamado de comparación constante, involucra la codificación del material transcrito (clasificación en categorías *a priori* definidas con base en el marco teórico y la revisión de la literatura, y categorías *emergentes*, surgidas del material de las mismas entrevistas y apuntes de campo), para sistematizar la información y buscar patrones, similitudes y diferencias.<sup>18,23-26</sup> Se llevó a cabo este análisis temático del material cualitativo a través de la lectura

de las transcripciones (inmersión en el material cualitativo generado), la codificación y finalmente la anotación de apuntes (en una bitácora, la cual en la tradición cualitativa es comúnmente nombrado como un conjunto de “*memos*”).

En una primera etapa se realizaron las siguientes actividades durante la lectura y codificación:

- anotar los temas, ideas y preguntas que surgieron durante la lectura (en la bitácora de codificación, archivada en el programa de análisis cualitativo como “*memos*”);
- empezar a determinar cómo clasificar en categorías los discursos transcritos, es decir, cómo aplicar códigos definidos *a priori* con base en la revisión de la literatura teórica y sobre el tema;
- empezar a determinar cómo y cuándo generar códigos emergentes o *en vivo* basados en el discurso de los/as participantes;
- generar una lista de códigos con definiciones conceptuales (teóricas) y operativas (cómo aplicarlos).

En una segunda etapa, se hizo lo siguiente:

- anotaciones (*memos*) sobre la calidad de los datos, el contenido, los procedimientos de codificación;
- anotaciones (*memos*) sobre los patrones y diferencias que se observaron (otra vez, archivados en “*memos*” en el programa de análisis cualitativo);
- la aplicación de los códigos a segmentos de las transcripciones para clasificar de manera sistemática los datos;
- se revisó periódicamente la codificación para verificar el rigor del análisis; se generaron nuevos códigos (*in vivo*) cuando fue necesario, durante cualquiera de las dos etapas.

Posterior a la codificación de los datos, se realizó la interpretación, agrupando la información pertinente para cada categoría (discursos o segmentos de las transcripciones a los cuales se les asignó cada código), resumiendo la información para reducirlo a una expresión de los puntos esenciales y buscando el significado de los discursos. A lo largo del proceso de codificación e interpretación, se buscó tomar en cuenta tanto los datos indicativos de normas sociales dominantes (hegemónicas) que se manifestaron dentro de los discursos de los y las entrevistados/as como también normas minoritarias, no dominantes o de resistencia. Es decir, se buscó conocer los

consensos que hay entre las poblaciones de estudio, pero también las controversias o diferencias en las opiniones o perspectivas.<sup>18,25-26</sup>

El análisis se apoyó en parte en el Modelo de Creencias en Salud y la Teoría de la Acción Razonada, Asimismo, se utilizó el enfoque de género para analizar las entrevistas. Finalmente, la técnica de la comparación constante permitió generar categorías de análisis que emergieron del material cualitativo mismo. Por otra parte, se hizo una revisión de la literatura actual sobre barreras a la adherencia al tratamiento antirretroviral entre mujeres viviendo con VIH, para tomar las variables, categorías de análisis y hallazgos principales de otros estudios en el análisis.<sup>27-42</sup>

En el análisis cualitativo, se buscó principalmente:

- identificar y entender las barreras más importantes a la adherencia al tratamiento antirretroviral, para el caso específico de las mujeres (buscando diferencias y especificidades entre mujeres cisgénero, transgénero y adolescentes);
- describir el acompañamiento que las mujeres viviendo con VIH tengan por una persona cercana durante la atención, y la posible influencia del acompañamiento en la adherencia al tratamiento antirretroviral.

El análisis tomó en cuenta aspectos relacionados al sistema sanitario, a las y los prestadoras/es de la atención y a características o situaciones de los distintos grupos de mujeres que se estudiaron, para lograr abordar las dificultades ante la adherencia de forma integral.<sup>28,29</sup> En el análisis, se buscó explorar los siguientes temas y aspectos:

- las necesidades y las barreras identificadas;
- factores, aspectos o contextos relacionados con la adherencia;
- maneras de entender la adherencia y el desapego al tratamiento;
- el abordaje integral para fomentar la adherencia y
- recomendaciones e implicaciones para la política pública nacional (estos dos últimos aspectos, cuando fueron planteados por las y los expertas/os; las recomendaciones basadas en las entrevistas con las mujeres no se codificaron, pero se buscó recuperar cuestiones que se podrían utilizar con evidencia para hacer recomendaciones, en la interpretación final).

### *Categorías de análisis*

Se utilizaron las siguientes categorías de análisis:

Para analizar las entrevistas con mujeres viviendo con VIH:

- Relación con médico/personal tratante
- Atención e identidad transgénero
- Experiencias transfóbicas
- Preguntas a personal de salud
- Retención en la atención
- Presencia en el imaginario de la adherencia al tratamiento antirretroviral
- Comunicación con personal de salud sobre tratamiento antirretroviral
- Acompañamiento
- Revelación de vivir con VIH
- Desabasto de medicamentos (tratamiento antirretroviral)
- Beneficios percibidos del tratamiento antirretroviral
- Efectos secundarios del tratamiento antirretroviral
- Olvidos y sistemas para recordar tratamiento antirretroviral
- Otras barreras a la adherencia
- Intervención (para adherencia) en celular

Para analizar las entrevistas con prestadoras/es de la atención:

- Definición de adherencia
- Barreras al apego en mujeres
- Desabasto de medicamentos
- Relación prestador/a-usuaria
- Caso de apego difícil
- Caso de apego exitoso
- Barreras al diagnóstico temprano en mujeres
- Estimaciones de la población femenina con VIH
- Acompañamiento y apoyo hacia mujeres viviendo con VIH
- Propuestas para mejorar la atención para la adherencia

**Cuadro 1. Muestra de entrevistas con mujeres usuarias de la atención, viviendo con VIH**

Número	Tipo de Entrevistada	Edad	Tiempo tomando tratamiento antirretroviral <i>Años o meses</i>	Ocupación	Domicilio Fijo	Con quien vive	Ultimo grado de estudios aprobado	Asiste actualmente a la escuela
<b>Mujeres cisgénero</b>								
1	Mujer cisgénero	56	24 años	Ama de casa	Sí	Pareja, 2 hijos	--	No
2	Mujer cisgénero	44	14 años	Comerciante (esporádico)	No	--	Secundaria terminada	No
3	Mujer cisgénero	48	2 años	Da clases de manualidades	Sí	Mamá y 2 hijas	Escuela técnica	No
4	Mujer cisgénero	41	2 años	Limpieza	Sí	Hermana mayor y 2 sobrinos	Secundaria terminada	No
5	Mujer cisgénero	51	10 años	Pepenadora	No	Hijo y mamá		Sí
6	Mujer cisgénero	44	18 años*	Sin ocupación	Sí	Hermana, hijos de hermana y papá	Preparatoria terminada	No
7	Mujer cisgénero	37	1 año	Ama da casa y comerciante	Sí	Esposo e hija	Primaria terminada	No
8	Mujer cisgénero	52	10 años	Empleada doméstica	No	Sola	Primero de primaria	No
9	Mujer cisgénero	45	16 años	Ama de casa	Sí	Esposo e hijos	Carrera técnica	No
10	Mujer cisgénero	47	15 años	Vende por catálogo	No	Amigas	Quinto de primaria	No
11	Mujer cisgénero	66	12 años	Desempleada	No	Sola	Cuarto de primaria	Sí
12	Mujer cisgénero	33	2 años	Desempleada	Sí	Mamá, abuelo, hermana, pareja, hijo.	Sexto de primaria	No

Mujeres transgénero								
1	Mujer transgénero	39	7 años	Comerciante	Sí	Papá	Segundo semestre de preparatoria	No
2	Mujer transgénero	36	1 año 6 meses	Estilista y comerciante	Sí	Papá, Mamá, 3 hermanos, 2 cuñados y 6 sobrinos	Primaria completa	No
3	Mujer transgénero	58	13 años	Limpieza en casas	Sí	Hermano	Sin escolaridad	No
4	Mujer transgénero	--	--	--	Sí	Mamá y hermanos	--	No
5	Mujer transgénero	41	5 años	Estilista	Sí	Sola	Segundo semestre de licenciatura	No
6	Mujer transgénero	40	4 años	Promotora de pruebas rápidas, consejera en AC	Sí	Mamá y dos hermanas	Tercero de secundaria	No
7	Mujer transgénero	--	10 años	Estilista y sexoservidora	Sí	Sola	Secundaria terminada	No
8	Mujer transgénero	35	1 año	Escort (compañía)	Sí	Cuarto compartido con una amiga	Primer semestre de preparatoria	No
9	Mujer transgénero	28	2 meses	Trabajadora sexual	Sí	Mamá	Preparatoria	No
10	Mujer transgénero	37	10 años	Estilista, promotora, Trabajo sexual	Sí	Papás	3ro de secundaria	No
11	Mujer transgénero	31	1 año	Activista, Trabajadora sexual, promotora de salud	Si	Sobrinos	Preparatoria trunca	No

Mujeres adolescentes								
1	Mujer adolescente	19	16 años	Empleada	--	Tío, Tía	Preparatoria terminada	No
2	Mujer adolescente	16	1 año 6 meses	Ama de Casa	Sí	Mamá, pareja, su bebe, hermana y abuelito	Segundo de secundaria	No
3	Mujer adolescente	15	15 años	Estudiante	Sí	Mamá, hermana, tías, primas, abuelo materno.	Segundo de primaria	Sí
4	Mujer adolescente	19	2 años	Sin ocupación	Sí	Padre, madre, hermana, hijo, esposo	Preparatoria terminada	No

\*8 años consecutivos, 1.5 años interrumpidos y 9 consecutivos

-- Implica un dato perdido; en algunos casos las entrevistadas eligieron no contestar algunas preguntas.

**Cuadro 2. Muestra de entrevistas con prestadoras/es de atención que trabajan con mujeres viviendo con VIH**

Número	Tipo de Entrevistada/o	Profesión	Sexo	Realiza trabajo clínico con mujeres viviendo con VIH	Realiza investigación sobre mujeres y VIH
<b>Prestadoras/es y expertas/os</b>					
1*	Médica tratante	Médica	Mujer	Sí	Sí
2	Médico tratante	Médico	Hombre	Sí	Sí
3	Coordinador de la atención	Médico	Hombre	Sí	Sí
4	Prestadora de la atención	Trabajadora social	Mujer	Sí	No
5	Médico tratante	Médico	Hombre	Sí	No
6	Prestadora de la atención	Enfermera	Mujer	Sí	No
7	Prestadora de la atención	Enfermera	Mujer	Sí	No
8	Prestador de la atención**	Médico	Hombre	Sí	No
9	Prestadora de la atención	Médica	Mujer	Sí	No

10	Prestadora de la atención	Médica	Mujer	Sí	Sí
11	Prestadora de la atención	Médica	Mujer	Sí	No
12	Médica tratante	Médica	Mujer	Sí	Sí
13	Médica tratante	Médica	Mujer	Sí	Sí
14	Coordinadora de atención	Otra	Mujer	Sí	No
15	Prestadora de la atención	Enfermera	Mujer	Sí	No
16	Prestadora de la atención	Enfermera	Mujer	Sí	No
17	Médica tratante	Médica	Mujer	Sí	Sí
18	Prestadora de la atención	Enfermera	Mujer	Sí	No
19	Prestadora de la atención	Psicóloga	Mujer	Sí	Sí
20	Experto e investigador	Médico	Hombre	No	Sí

\*El número consecutivo asignado en este cuadro no tiene relación con el número de entrevistado/a (“prestadora 1”, etc.) que se utiliza para identificar las citas retomadas de las entrevistas.

\*\*Los y las entrevistados/as que se clasifican en el cuadro como “prestadoras/es de la atención” y que también son médicas/os, no son médicas/os tratantes de usuarias/os viviendo con VIH, sino que tienen otra especialidad médica. No se especifica la especialidad médica ni la institución donde laboran las y los entrevistadas/os para preservar la confidencialidad/anonimato.

## **Hallazgos**

### ***Objetivo 1:***

Se identificaron 61 manuscritos nacionales. Los documentos que abordaban aspectos generales sobre el VIH/SIDA sin mencionar aspectos sobre la atención de niñas, o adolescentes, o mujeres , o mujeres trans que viven con VIH, fueron excluidos (Anexo 1). De los 44 documentos normativos restantes, incluidos en este análisis, el 80% (35) incluyen en su texto o contenido, la atención de las niñas y/o adolescentes y/o mujeres y/o mujeres trans que viven con VIH. De éstos, el 34% mencionan a las mujeres en general, sin desagregar entre poblaciones de niñas, adolescentes o mujeres trans. Un menor número de documentos abordan la atención de niñas y mujeres (17%). La atención de todas las mujeres –niñas, adolescentes, mujeres y mujeres trans, sólo se menciona en un documento (Anexo 2).

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos señala, en el Artículo 1º, la obligación de respetar los derechos humanos, sin discriminar por género o preferencia sexual. El estatuto de más alta importancia en el país, del que emergen leyes, reglamentos, normas, lineamientos, guías, etc. incluye a toda la población sin distinción. Si bien las leyes concernientes a la atención del VIH no desagregan la población de mujeres en niñas, adolescentes o mujeres trans, hay un soporte legal para ello partiendo de la Constitución. Sin embargo, al no estar explícitamente mencionado y desagregado por –niñas, adolescentes, mujeres y mujeres trans, en las leyes y demás elementos regulatorios y normativos, podría entenderse que la atención debe dirigirse únicamente a mujeres cisgénero (no trans) y en edad adulta (Anexo 2).

Los documentos que no mencionan a la población de mujeres son mayormente normas, relacionadas con el registro y organización de la información. Por ejemplo, en la Norma Oficial del expediente clínico (NOM-004)-SSA3), se menciona que todo paciente debe contar con un expediente clínico, señala de qué partes consta y cómo debe manejarse. No se menciona explícitamente que incluye a todas las personas, sin diferenciar por sexo, género, etc. Al no estar claramente establecidos los criterios para elaborar, integrar, manejar, conservar, etc. los expedientes clínicos de las –niñas, adolescentes, mujeres y mujeres trans que viven con VIH se deja un vacío que sugiere la libre interpretación de los profesionales de la salud que se conducen y ejercen este marco normativo. Es también el caso de la Norma Oficial en materia de información en salud, la Norma sobre requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento para la atención médica de pacientes ambulatorios.

Por otra parte, se identificaron los documentos que mencionaran el término género, perspectiva de género o que en su contexto abordaran este componente. De los 44 documentos revisados, el 52%

aborda en su contexto o de forma explícita la perspectiva de género. Nuevamente, las normas relacionadas con el registro de información y requisitos de infraestructura, es donde se identifican mayores vacíos en materia de atención dirigida a niñas, adolescentes, mujeres y mujeres trans, que viven con VIH (NOM-004-SSA3 del expediente clínico; NOM-035-SSA3 sobre información en salud; NOM-005-SSA3 para la atención médica de pacientes ambulatorios; NOM-197-SSA1 sobre infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios, NOM-030-SSA3 sobre características arquitectónicas para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud). No obstante, hay documentos regulatorios relacionados directamente con la atención de pacientes que viven con VIH donde no se incluyen a todas las mujeres –niñas, adolescentes, mujeres y mujeres trans, independientemente de su género o edad ni se incluye una perspectiva de género. Este escenario podría ser el más abandonado en cuanto a la revisión y actualización de sus contenidos. Las omisiones y vacíos de información podrían comprometer la atención de las participantes al no haber un marco normativo que soporte las acciones a desarrollar en unidades especializadas. Es el caso del Manual para operación del Programa de Acceso a los Antirretrovirales en Unidades de la Secretaría de Salud; el Manual de Manual de procedimientos del centro ambulatorio para la prevención y atención del SIDA e infecciones de transmisión sexual (CAPASITS), Manual de organización específico del centro ambulatorio para la prevención y atención del SIDA e infecciones de transmisión sexual (CAPASITS), ver Anexo 2. Una mirada a la situación actual y posibles escenarios se muestra a continuación;

Situación actual:

Por ejemplo;

El Manual para operación del Programa de Acceso a los Antirretrovirales en Unidades de la Secretaría de Salud, señala en el apartado de Política en México con Relación al Acceso al Tratamiento del VIH/SIDA, Acceso universal al tratamiento antirretroviral:

“México ha adoptado la política de acceso universal a la atención médica integral en VIH, que incluye el acceso a medicamentos antirretrovirales (ARV) para todas las personas con VIH sin Seguridad Social que los requieran; esto ha permitido que miles de mexicanos y mexicanas tengan una mejor oportunidad de vida en calidad y cantidad y la posibilidad de recuperar una vida social productiva similar a la que tenían antes de la infección.”

Ejemplo de un posible escenario:

El Manual para operación del Programa de Acceso a los Antirretrovirales en Unidades de la Secretaría de Salud, señala en el apartado de Política en México con Relación al Acceso al Tratamiento del VIH/SIDA, Acceso universal al tratamiento antirretroviral, señala:

“México ha adoptado la política de acceso universal a la atención médica integral en VIH, que incluye el acceso a medicamentos antirretrovirales (ARV) para todas las personas, mujeres y hombres, que viven con VIH (sin distinción alguna por edad, género<sup>1</sup>, nivel socioeconómico o lengua). Específicamente, personas sin Seguridad Social que los requieran; esto ha permitido que miles de mexicanos y mexicanas tengan una mejor oportunidad de vida en calidad y cantidad y la posibilidad de recuperar una vida social productiva similar a la que tenían antes de la infección.”

<sup>1</sup>Entiéndase como género el significado que da cada sociedad al hecho de ser mujer u hombre, las características y comportamientos establecidos.

En el Cuadro 3, se ilustran los vacíos de cada uno de los documentos revisados. Se identificaron los términos utilizados, cuáles de ellos se definen y si el tema se aborda en el contenido, aun cuando el término no se defina ni se mencione. Las Normas Oficiales NOM-197-SSA1 sobre infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios, NOM-030-SSA3 sobre características arquitectónicas para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud y la NOM-072-SSA1 sobre el etiquetado de medicamentos y remedios herbolarios, son los documentos normativos con más vacíos en la atención con perspectiva de género en mujeres con VIH –niñas, adolescentes, mujeres y mujeres trans. Esta última norma (NOM-072), por ejemplo, sólo incluye uno de los temas propuestos para esta revisión (Indicaciones para el uso de tratamiento/adherencia). El contenido de la norma existe un claro vacío de perspectiva de género, las indicaciones “*Para todos los medicamentos también deben incluirse las siguientes leyendas: 6.1.6.1 "No se deje al alcance de los niños" o "No se deje al alcance ni a la vista de los niños"*”, no incluye a niñas, adolescentes, mujeres, mujeres trans ni otras poblaciones como la de los hombres. El documento que más términos incluye es el Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual, Travesti, Transgénero e Intersexual. De los 23 temas propuestos incluye 15. Adicionalmente, en la sección III de este documento, correspondiente a Definiciones Operativas, se incluyen definiciones para otros términos como; expresión de género, identidad de género, acciones afirmativas, entre otros.

En el documento no se incluye la definición de sexo, ni de perspectiva de género. No se aborda el tema de recursos humanos, acceso a especialistas, estudios de laboratorio o infraestructura.

Los temas que más se abordan o los términos que más mencionan son; la no discriminación, la atención integral, indicaciones para el uso de tratamiento y mujeres. Mientras que los menos mencionados son; definición de sexo, definición de género, definición de perspectiva de género. Es último es fundamental, dado que la adecuada aplicación de la normatividad requiere del buen entendimiento e interpretación de quien la debe aplicar. Un primer paso sería definir los términos sexo, género y perspectiva de género para identificar sus diferencias y estar en posibilidades de incluir en mujeres distintos grupos que no necesariamente se diferencian por su sexo sino por su género.

### **Recomendaciones**

De acuerdo con la revisión, existen vacíos en los documentos normativos que dan soporte al manejo de las mujeres mexicanas cisgénero y trans que viven con VIH. Si bien algunos documentos hacen alusión a la atención de niñas/adolescentes/mujeres/mujeres trans, no existe una perspectiva que

integre todas estas poblaciones. Se identificó un sólo documento – entre los 44 revisados, que incluye este enfoque “Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual, Travesti, Transgénero e Intersexual”.

La lista de documentos normativos relacionados con la atención de mujeres que viven con VIH es extensa y podría entenderse que este vasto soporte favorece el cumplimiento. Sin embargo, las omisiones en la normatividad podrían representar una barrera para el cabal seguimiento y cumplimiento. Una de las primeras recomendaciones que se derivan del presente análisis es incluir, en los documentos normativos, un glosario que explique de forma clara y sencilla qué debe entenderse como sexo, género y perspectiva de género. Debe asegurarse primeramente que los que ejecutan la normatividad comprendan qué significa incluir en las estrategias y acciones una perspectiva de género. Consideramos que esta información ayudará a que se brinde la atención con una mayor perspectiva de género. No obstante, es importante considerar que no todos los documentos normativos pueden incluir en su contenido los mismos elementos. La Constitución Política o las leyes de que de este documento emanan, no cabrían en esta recomendación, toda vez que su función y sus características no requieren incluir textos detallados o elementos como un glosario en sus contenidos. No así las normas oficiales, protocolos, manuales o programas, que dictan el qué, el cómo y el por qué con mayor detenimiento dada su función. El fortalecerlas de este grupo de documentos normativos deberá sin duda fortalecerse.

La Guía para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Programas de Salud podría facilitar el entendimiento y la incorporación de lo que significa la prestación de servicios de salud con perspectiva de género. Entre otros aspectos, en su contenido señala que debe considerarse el impacto de la construcción social del género sobre el estado de salud de la mujer y del hombre, sugieren considerar las condiciones socioeconómicas y culturales de hombres y mujeres al realizar sus programas y actividades de educación para la salud, de servicios sanitarios, de vigilancia y de control epidemiológicos. Sugiere además, que para aplicar la perspectiva de género en los servicios de salud primeramente debe identificarse la manera en que mujeres y hombres se exponen a riesgos debido al sexo, así como a riesgos debido a las actividades y patrones de comportamiento diferentes, o derivados de la situación de vulnerabilidad en la que viven muchas mujeres; a las diversas maneras y tiempos en que se da la percepción de los síntomas de una enfermedad en las mujeres y en los hombres; a las diferencias que pueden presentar mujeres y hombres en cuanto al momento de buscar atención médica; al apego al tratamiento y a las formas en que asumen el papel de enfermo o enferma y de cuidador o cuidadora de alguna persona enferma. En esta guía también

se señala la importancia de identificar las desigualdades entre mujeres y hombres respecto al acceso a los servicios de salud y la satisfacción de sus necesidades específicas como determinantes de la calidad de la atención.<sup>43</sup>

Por otro lado, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, documento supremo de la nación donde se establece el marco jurídico para regir el país, señala en su artículo 1º; *“Las autoridades están obligadas a promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos. Se prohíbe cualquier tipo de discriminación incluyendo por edad, género, preferencia sexual y condición de salud”*. Lo que sugiere que los documentos que de ésta se derivan debieran ser incluyentes y sin distingo, promoviendo un trato igualitario y respetuoso de los derechos humanos de todas las personas.

Los vacíos en la normatividad alrededor de la atención de las personas que viven con VIH no es la falta de normatividad sino la estructura de ésta, lo que sugiere su revisión y reestructura como soporte y principal herramienta de los que la ejercen y la población a quien está dirigida. Se debe involucrar a diferentes instancias en el proceso de elaboración de las normas oficiales, así como la realización de modificaciones a las mismas, para que puedan contribuir a la incorporación de la perspectiva de género, un enfoque intercultural y de derechos humanos. La inclusión de las distintas instituciones para la revisión y estructuración de las normas oficiales es sin duda una tarea fundamental para robustecer el marco legal actual.

**Cuadro 3. Temas de interés en el abordaje de la adherencia al tratamiento antirretroviral dentro del marco legal alrededor de la atención de niñas, adolescentes, mujeres y mujeres trans que viven con VIH en México**

Documento	Tema																							Temas incluidos por documento	%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23		
1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos																								5	22
2. Ley General de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes																								9	39
3. Ley General de Salud																								10	43
4. Ley del Seguro Social																								8	35
5. Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos																								4	17
6. Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres																								7	30
7. Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación																								11	48
8. Ley del Instituto Nacional de las Mujeres																								7	30
9. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud																								7	30
10. NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana																								13	57
11. NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño																								4	17
12. NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad																								13	57
13. NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico																								9	39
14. NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud																								9	39
15. NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios																								4	17
16. NOM-197-SSA1, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada																								2	9





13. Indicaciones para el uso de tratamiento/adherencia
14. Estudios de laboratorio y gabinete
15. Información al paciente
16. Confidencialidad y respeto
17. Atención psicológica y consejería/grupos de apoyo
18. Infraestructura adecuada
19. Accesibilidad
20. Niñas
21. Adolescentes
22. Mujeres
23. Mujeres trans

**Objetivo 2:**

*Identificar las barreras de los servicios de salud, en cuanto a infraestructura, capacitación y recursos humanos, en la atención a las mujeres con VIH que repercuten en la adherencia al tratamiento.*

Diversas usuarias de la atención, viviendo con VIH, afirmaron que pueden hacerles preguntas a su médico tratante y a otro personal de salud, especialmente enfermeras. La siguiente mujer, por ejemplo, comentó que hace preguntas dentro de la consulta y si tiene otra duda les pregunta a las enfermeras. También comenta que la médica tratante le explica ampliamente el tratamiento y que le ofrece opciones en cuanto al régimen antirretroviral.

P.- Ahora, este, le voy a hacer algunas preguntas sobre este, el personal de salud.

¿Los médicos le preguntan si usted tiene dudas o preguntas?

R.- Sí.

P.- ¿Hay algún momento en las citas médicas en que usted puede hacer preguntas?

Es decir que, que usted se pueda tener esa confianza para decir cualquier pregunta, cualquier duda que tenga.

R.- Sí, sí este, si no es en la consulta, luego en ocasiones con las enfermeras me dirijo y ellas van y le preguntan a, al doctor, porque no nos pueden atender si no tenemos consulta.

P.- Ok. O sea, ¿hace, puede consultar sus dudas fuera de la consulta o dentro de la consulta?

R.- Pues en ambas porque le digo, cuando es en consulta pues ahí trata uno de, de preguntar lo que más pueda, o que nos expliquen lo que nos están revisando y, bueno, que me lo expliquen, ajá. Y este, y con la enfermera si tengo alguna duda pues a ella le pregunto y si no ella lo, pues le comenta al doctor ya fuera de la consulta, y ya, ya le da la explicación y ya me la explica a mí, sí.

P.- Ya. ¿Usted cree que los médicos están abiertos a que les hagan las preguntas?

R.- Sí. Al menos los que me han tocado sí.

P.- Emmm, y específicamente sobre el tratamiento antirretroviral. ¿Qué tan fácil es hacer preguntas a los médicos?

R.- Pues... A mi infectóloga es muy fácil, me explica muchas, ahora con los cambios de medicamentos, ella fue la que me dijo que habían salido nuevos medicamentos y

fue ella la que me dio la opción de cambiar de tratamiento. (5. Mujer cisgénero, 51 años, 10 años tomando tx ARV, pepenadora)

Una mujer transgénero describió algo similar, diciendo que puede resolver sus dudas y que le contestan sus preguntas el personal de salud:

P.- Cuando tu vienes a tus citas, ¿te resuelven todas tus dudas, todas tus preguntas que tienes, todas tus preguntas sí las resuelven?

R.- Sí, claro que sí. Cuando son dudas que por ejemplo llegan a salir, cuando uno lleva un tratamiento, bien, y llega a suceder algo por muy menor que sea, entonces, se convierte en duda. Entonces es cuando llega uno y dice: oiga, doctora, pero ¿qué cree? que durante tal día me pasó esto, ¿llegará a ser alguna gravedad o algo así? Entonces ellos ya me revisan, me explican qué motivo pudo haber sido, algún cambio en el esquema medical y ya me dicen y me sacan de mi duda y puedo ya establecer mi estabilidad.

P.- y, ¿tú te sientes así con la libertad de preguntar todo lo que quieras?

R.- Sí, siento que sí, siento que sí, que sí se me da esa libertad y sí se me resuelven esos problemas.

P.- Y ¿tú crees, o sea, que los médicos sí están como con la apertura para resolver todas tus dudas?

R.- hasta ahorita donde he llegado, sí me han resuelto. No sé a qué índole estarían capacitados para poder resolver eso. Me imagino que si no pudieran, me imagino que tienen algún apoyo entre ellos, me imagino que así ha de ser.

P.- Y, por ejemplo, hablando específicamente del tratamiento antirretroviral, ¿qué tan fácil es hacer preguntas a los médicos y que te las contesten?

R.- Ok, cuando se me estuvo dando el medicamento, aquí, bueno, pues, yo les había comentado que dentro del Seguro Social, cuando yo recién salí del hospital, yo tomaba de medicamento, 35 medicamentos en un día. Entonces, ya llegué aquí con un poquito de mejoría, se me cambió el esquema, se me estaba dando, me dio, desde entonces, tal tratamiento, y había otro que era dos en uno, no recuerdo cómo se llama, ahorita no recuerdo, pues, ya tiene ratito que dejé ese esquema. Era dos en uno y me funcionó. Claro que tiene una, pues es un cambio, pues el cuerpo al momento en que empieza a procesarlo. Porque pues, es algo, ¿cómo se llama? ajeno.

El cuerpo empieza a tener otras alergias y todo eso. Tuve salpullido, comezón, resequedad. Entonces, yo le expliqué a la doctora. Bueno, yo le pedía que me explicara esa duda y me dijo: “sí, es el esquema, pero mientras que tu cuerpo se adapta a ese medicamento nuevo, entonces ya se va a ir normalizando. Más o menos como en unos 15 días más si sientes alguna molestia que pase, regresas y volvemos a hacer el intento con otro medicamento” y así se me ha dado. Los medicamentos han sido buenos, no he tenido, ahorita, queja de uno. Parece que el próximo mes, bueno, más bien para el próximo 28 de este mismo, de agosto se me cambia el esquema.

P.- Otro tipo de personal de salud, o sea, no sé, por ejemplo decías, te mandan al dentista, te mandan a otras especialidades, ¿cómo es el trato, o sea, igual te resuelven tus preguntas, o sea, si tienes alguna duda?

R.- Así, es, así es. Tanto con el dentista, como con la psicóloga, como tanto con los que dan los cursos, también levantamos la mano para pedir explicación de las dudas que van saliendo así. Con la dentista, también, es igual, ¿por qué me sale más sangre?, ¿por qué se me inflama?, ¿por qué si ya no tengo el nervio, por qué tengo así como si me doliera, si tuviera todavía el nerviecito? Todo eso se me explica por qué. (1. Mujer transgénero, 39 años, 7 años tomando tx ARV, comerciante)

Una adolescente también comentó que no ha tenido problemas o no ha sentido barreras para hacer preguntas al personal médico.

P: Ahora te voy a preguntar sobre el personal de salud. ¿Los médicos te preguntan si tienes dudas o preguntas?

R: Sí, me dicen que cualquier duda que les pregunte, que no me quede con la duda.

P: ¿Hay un momento en las citas médicas en que tienes que hacer preguntas?

R: Mmh...

P: O sea que tú puedes hacer las preguntas...

R: De hecho... bueno, yo siempre pregunto y sí me contestan, y pues... bien.

P: ¿Sientes que los médicos están abiertos a que les hagan preguntas?

R: Si es sobre... pues, cómo te tratan y todo eso... pues sí.

P: ¿Qué tan fácil sientes que es hacerles preguntas a los médicos?

R: Pues, muy fácil.

P: Especialmente sobre el tratamiento antirretroviral, ¿qué tan fácil es hacerle preguntas a los médicos?

R: Pues fácil porque cuando nosotros empezamos con nuestro tratamiento ellos nos explican cómo tomarnos, de cuánto a cuánto, porque son diferentes, bueno, cada diferente persona es diferente tratamiento, entonces ellos nos explican y cada vez que vamos a consulta nos preguntan qué si nos tomamos el medicamento, entonces pues va dependiendo de las personas si se los toman o no.

P: ¿Otros tipos de personal de salud te preguntan si tienes dudas o preguntas?

R: Pues... nada más los de trabajo social, nada más.

P: ¿Y a quién crees que es más fácil hacerle preguntas, a trabajo social o a tu doctor?

R: A los dos. (4. Mujer adolescente, 19 años, 2 años tomando tx ARV, sin ocupación).

No obstante, en otros casos, las mujeres viviendo con VIH comentan que algunos médicos y médicas tratantes no les preguntan a las usuarias si tienen dudas sobre el tratamiento antirretroviral y que no son abiertos a que las usuarias les hagan preguntas. En algunos casos, los y las médicos/as tratantes tienen un trato interpersonal inadecuado con las usuarias (“contestan mal” o tienen un “mal modo”) que hace que ellas no pregunten cuando tienen dudas sobre cómo tomar el medicamento o cuando tienen algún problema con el régimen antirretroviral. Por ejemplo, una mujer comentó lo siguiente:

P.- Los médicos tratantes que la han atendido, ¿usted siente que hay oportunidad de hacerles preguntas cuando uno tiene dudas?

R.- Pues, hay veces que sí las hago, hay veces que no, porque luego me vayan a decir algo o alguna cosa, que luego no es necesario ¿no? porque ellos me dicen, como he salido muy bien en todos mis estudios, “está bien en todos sus estudios, en todo está perfectamente bien. No hay nada que hacer porque todo está muy bien” dicen “no se preocupe, usted, así cómo va, siga adelante”.

P.- ¿Ellos le preguntan [a usted] si tiene dudas?

R.- No

P.- Que le digan “¿oiga? se va a tomar esto, va a hacer esto, esto, esto así”, ¿tiene alguna duda, dentro de las consultas?

R.- No, sino que yo, luego había veces que si no le entiendo en una, yo le pregunto: “doctor, esto ¿cómo va? No le entendí” y ya me vuelve a explicar.

P.- Y, ¿se siente con esa confianza de decir “doctora, mire, no estoy entendiendo”?

R.- Pues, sí, porque pues (risas). En primera, no me queda de otra y no puedo irme sin saber cómo voy a tomarme el medicamento.

P.- ¿qué tan fácil es hacerles preguntas a los doctores?

R.- Pues, no es tan fácil, ¿eh? Es algo difícil, porque si hay alguno que la atiende o le contesta bien, pues qué bueno, pero, sí hay unos que ¡ay! Lo peor es porque sí me ha tocado, algunos de que contestan mal o alguna cosa, pues como que sí dice: “¡ay! mejor ni le pregunto” (risas).

P.- Pero, ¿de los que están aquí...?

R.- Pero, de los que están aquí, hasta la fecha, todos me han respondido bien.

P.- Hasta la fecha, y ¿qué tan fácil es preguntar sus dudas a otro personal? Por ejemplo, a la psicóloga, al psiquiatra, a [la trabajadora social] a...

R.- Es fácil, ¿no? porque si les pregunta usted, le contestan de muy buena manera, no son groseros, o no esto, al contrario, muy atentos. (9. Mujer cisgénero, 45 años, 16 años tomando tx ARV, ama de casa)

El poder hacerles preguntas y expresar dudas con el médico tratante es un elemento esencial para que no hayan barreras a la adherencia al tratamiento antirretroviral. Sin embargo, hay factores relacionados con el trato interpersonal de los y las médicos/as tratantes que pueden impedir que hagan preguntas las mujeres viviendo con VIH durante la consulta médica. Por otra parte, una barrera institucional a que expresen preguntas y dudas las usuarias viviendo con VIH es el tiempo limitado que se les permite a los y las médicos/as tratantes estar con cada paciente. Es decir, la carga excesiva en cuanto al número de pacientes que deben ver los y las médicos/as al día implica que podrán pasar un tiempo corto con cada paciente, lo cual impide que ellas hagan preguntas. La combinación de estos dos factores -un trato interpersonal de parte de las y los prestadoras/es de la atención que no crea un ambiente de confianza donde las usuarias pueden hacer preguntas y expresar dudas y el tiempo corto que tienen los y las médicos/as para cada paciente- puede constituir una barrera institucional importante a la adherencia antirretroviral. Esto lo describe una usuaria de la siguiente manera:

P: El médico anterior, antes de que te lo cambiaran, ¿Te preguntaba si tenías dudas respecto a tu tratamiento?

R: Sí, muchas veces, al principio de mi tratamiento no sabía que era el diagnóstico, yo no entendía, solamente sabía que lo tenía, solamente pensaba que me iba a morir, pero yo no sabía hasta que él me empezó a sacar de dudas. De cómo debía tomarme mis medicamentos, cuáles eran los riesgos de fumar, tomar, beber alcohol, o sea, muchas complicaciones, qué no debía tomar de alimentos, ... así algunas sustancias que me hicieran daño, o chocaran con el medicamento, entonces todo eso mi médico me lo explicaba a detalle.

P: ¿Qué tan fácil sientes que es hacerles preguntas a los médicos?

R: Con mi primer doctor yo nunca me quedé con ninguna duda, pero con la doctora sí me cohíbo, no le pregunto mucho.

P: ¿Por qué crees que se esté dando esta situación?

R: Porque ya le tenía confianza a mi doctor y a ella pues... no es por el género ni nada, simplemente que ella es muy fría. Como que nada más de pásate, te reviso y 'allí nos vemos'. Sí se tarda demasiado con los pacientes, bueno, en mi caso yo no siento que se tarde mucho. Pero la espera sí es muy tardada; me cita a una hora y tarda mucho tiempo para que yo pueda pasar con ella. Sí veo mucho la diferencia de mi médico con ella. (3. Mujer cisgénero, 48 años, 2 años tomando tx ARV, da clases de manualidades)

También hay casos más extremos de un mal trato interpersonal por parte de los y las médicos/as tratantes, que evidentemente constituyen barreras a la adherencia al tratamiento antirretroviral para las usuarias. Por ejemplo, una mujer describió el siguiente caso:

P.- O sea, ¿usted cree que, que por ejemplo la médico que la, que la trata está abierta a preguntas?

R.- Mmm, sí, a preguntas sí, pero a dar una solución, no. Tal vez a lo mejor porque le falta, o no sé, o falta de, como que no está capacitada. O le falta más conocimientos, como para saber más sobre, referente a VIH. Te digo, tiene tres años ahí la doctora, no es mucho, mjum. Ha de ser médico general, mjum.

P.- Y eso hablando, digamos en Atizapán, ¿no?

R.- Así es.

P.- Y por ejemplo los médicos que, que la han visto, igual en Atizapán en cuestión de tratamiento, ¿con alguno llegó a tener a lo mejor como más apertura para preguntarle?

R.- No. No, no, con ninguno. De hecho hace como seis años tuve una, pues una discusión con una doctora, muy joven la doctora, igual [de] forma muy prepotente ¿no? Llega y me gritó y, en ningún momento pues le grité. Delante de ahí y de todos ¿no? Dije, se hizo un. Bajé y, y puse la demanda y ya no está. Claro, no nada más yo ¿verdad? Eh, tenía problemas esta doctora con, precisamente con los pacientes con VIH, pero la, la quitaron, mjum, tal vez por la forma de dar la atención, mjum. Pues sí, con esa doctora tuve problemas. (11. Mujer cisgénero, 66 años, 12 años tomando tx ARV, desempleada)

Lo positivo en este caso es que la usuaria se percibió como sujeto de derecho, levantó una queja o demanda al respecto y la institución quitó a la persona que estaba dando un mal trato a las y los usuarias/os. Este mecanismo institucional para resolver un problema de este tipo es esencial.

Algunas usuarias reportaron que los y las médicos/as tratantes les preguntan sobre las dudas y que ellas sienten que están abiertos/a a que ellas les hagan preguntas. Sin embargo, en algunos casos las usuarias no reportan lo mismo en cuanto al personal de enfermería, como se observa en el siguiente discurso:

P.- ¿Los médicos te preguntan si tu tienes dudas o preguntas?

R.- Sí, es lo que te digo por eso me gustó mucho con esa doctora porque ella cada que voy me dice: “¿Dudas? ¿Te duele algo? ¿Te enfermaste de algo?” O sea, muy, muy bien

P.- Y tú para con ellas ¿Puedes hacerles preguntas?

R.- Sí

P.- ¿Abiertas de todo tipo?

R.- Sí de todo tipo

P.- ¿Con quién no podrías hacer preguntas de todo tipo?

R.- Pues mira yo ahorita, pues mira hasta ahorita con todas, por ejemplo, con mi doctora general si le puedo hacer cualquier tipo de pregunta, igual con mi doctora

infectóloga igual. Cualquier tipo de pregunta, cualquier duda yo le puedo preguntar y ella me la; nunca me ha dicho: ¡Ay eso no me preguntes! O no

P.- Mju digamos ¿Tu sientes fácil hacer las preguntas y plantear tus dudas?

R.- Aja, si sin ningún problema que me vayan a decir: no, eso no preguntes o eso no contesto, no

P.- Claro y específicamente sobre el tratamiento antirretroviral ¿Es fácil hacer las preguntas a los médicos?

R.- Sí, pues a mi se me ha hecho fácil por ejemplo cuando fui y le pregunté ¿Cuánto tiempo que iba a tomar mi tratamiento? Que si ¿En algún momento me lo iban a cambiar? Me dijo que no mientras estuviera, mientras el tratamiento funcionara y estuviera yo bien. Pues no tenía por qué cambiarlo, pero no, si es todo muy bien, mjhm.

P.- ¿Otro tipo de personal de salud de igual como los que hemos mencionado te preguntan si tienes dudas o preguntas sobre el tratamiento? O sea, a parte de la infectóloga

R.- No, ¿qué crees? Que nada más la infectóloga y la doctora general.

P.- O que por ejemplo ese día no se no viste rápido a la general o a la infectóloga y que tú le puedas preguntar sobre el medicamento o que te haya faltado preguntarle, tu que le preguntes a otro personal de salud ¿Lo has podido hacer?

R.- No, por ejemplo, las enfermeras te digo que no. A no ser a la chica morenita, ella sí, pero las otras no porque luego, luego te dicen: “Ah, no. Se tiene que sacar cita y pasar con su infectólogo.”

P.- Y por ejemplo su experiencia ¿La chica morenita que me mencionas? Enfermera ¿Ella te responde?

R.- Sí “ay amiguita, le tienes que hacer así.” Muy amable. Sí, sí cualquier duda que tengas, ella te dice.

P.- Te da información

R.- No es como las otras. (5. Mujer transgénero, 41 años, 5 años tomando tx ARV, estilista)

Algunas mujeres viviendo con VIH reportan que el personal de salud de varios lugares diferentes no les ha explicado ni aclarado sus dudas sobre el tratamiento antirretroviral. En algunos casos al parecer esto se relaciona con el poco tiempo que dura cada consulta médica. El impacto de esta falta

de explicaciones, de la poca apertura evidente de ciertos médicos y médicas tratantes para contestar preguntas y aclarar dudas, puede ser una barrera fundamental a la adherencia antirretroviral. Esto lo describe una mujer trans en el siguiente discurso:

P.- Hablando ahorita, un poquito del personal de salud. Cuando tú vas a tus consultas, el médico está como en toda la disposición de contestar todas tus preguntas...

R.- No

P.- ...y todas tus dudas?

R.- No

P.- ¿Por qué? a ver, plátícame

R.- Porque, por ejemplo, cuando yo he ido, este ¿qué crees? que a mi nada más... te digo que las últimas consultas que yo tuve nada más fueron de cinco minutos, fue el de: “¿cómo estás?, ¿cómo te sientes?, es que pareces indetectable, bueno, cuídate mucho y gracias. Cualquier cosa que te sientas mal, pasas al doctor, al general” y ya y te sacan. Y, si tú dices: “bueno, y ¿qué no me iban a revisar?”. Yo, por ejemplo, mi pareja que estaba allá adentro, yo le decía: “¿oye?, ¿entras al doctor?, y me decía: “sí”, “¿cuánto tardas?” yo veía que tardaba media hora 45 minutos, y le decía: “pero, ¿por qué?” y me decía: “no, pues es que me revisaron, esto, esto, todo” y me decía: “y ¿tú?”, “cinco minutos.” Decía: “no sé si porque... o la doctora no tenía mucho tiempo o se quería ir temprano.” No sé, pero, siempre ¿qué crees? Que siempre he tenido como la mala suerte de que nunca me atienden bien.

P.- Ok, por ejemplo dices, bueno... ora sí que te despacha rápido, ¿no? pero, por ejemplo, tú que... “¿oiga? doctora, tengo esta duda” o sea, ¿sí te la contesta?

R.- No, no, nada más agarra y me dice, la última vez que le dije que tenía yo la dermatitis, nada más me dijo: “y, ¿ya fuiste al dermatólogo?” le dije: “sí, ya”, “ah, y, ¿qué te dijo?” le dije: “no, pues, nada más me dijo que me tomara unas pomadas”, me dijo: “ah, está bien, entonces hazle caso” agarró, me firmó y me fui.

P.- ¿Tú crees que los médicos están abiertos como de pronto a que se les hagan preguntas?

R.- Sí, sí, yo digo que te deberían dar un poquito más de atención ¿no? es lo que estaba yo viendo, ahorita, para yo hacer mi cambio para acá, porque yo siento que porque también la clínica está muy saturada, siento que está muy sobrepoblada.

...

P.- Y, por ejemplo, específicamente con el tratamiento antirretroviral, igual ¿qué tan fácil o qué tan difícil es hacer como las preguntas al médico?

R.- Pues, fíjate que, las preguntas, del antirretroviral, nunca me las dieron ellos. Yo las tuve que investigar ... o por ejemplo, preguntarle a mi pareja, cuál es la reacción o algo. O por ejemplo, con esta persona de allá de [la otra unidad médica] que sí nos ayudó mucho. Y, este, él fue, como que me daba la información y yo preguntándole, ...porque un doctor, nunca me sacó de mis dudas.

...

R.- O sea, yo cuando llegué a [tal lugar] y que me dijeron: “no, pues tienes que tomar este medicamento y esto y lo otro” y yo decía: “bueno, y ¿qué reacción iba a tener?” y me decían: “nada, no se siente nada” y yo dije: “¿cómo que no se siente nada?” y ya de repente empecé a sentir los sueños, los sueños lívidos y todo eso y dices: “bueno, y ¿luego qué pasa?, ¿qué?” Y ya como que él entraba a verme o yo corría a buscarlo, ya sabía que él entraba los miércoles y los viernes. Entonces, ya corría yo a verlo y le decía: “¿oye?, es que me está pasando esto y esto”, pero yo que me acercara con uno, no. (2. Mujer transgénero, 36 años, 1 año 6 meses tomando tx ARV, estilista y comerciante)

Una adolescente viviendo con VIH reportó que la médica tratante le hacía preguntas sobre algunos asuntos durante la consulta, pero que ella no sentía que podía plantear dudas o hacer preguntas. Esta situación puede constituir una barrera más difícil de superar en el caso de una adolescente.

P.- Ahora cuando te atendía la doctora allá, ¿Te preguntaba cómo te sentías, si tenías alguna duda?

R.- Sí, me preguntaba, pues en todas las sesiones me decía como me sentía que, que, que estaba, que hacía estos últimos meses que no me había visto y de, de dudas. Pues sí. Pero pues como que nunca me entró el querer preguntarle a ella.

P.- Eso te iba a preguntar o sea ¿Había como algún momento en la consulta en la que tú le pudieras plantear dudas?

R.- No, en si en todas mi consultas fue como que de que yo la escuchaba y ella me decía le contestaba. Pero pues lo común ¿No? De mi familia o cómo estoy, qué hice.

Pero pues no, ninguna duda, no se me, no me, no me daba, no me nacía a preguntarle algo.

P.- Y ¿Tenias dudas?

R.- Eh, sí.

P.- ¿Cómo cuáles?

R.- Por ejemplo, tenía dudas sobre este, sobre la sexualidad. Sobre la transmisión y, y de los medicamentos, pero pues ya.

P.- Y con la psicóloga ¿Nunca hablaste de eso?

R.- No, porque pues es como le, le...

P.- ¿Quieres que nos cambiemos de lugar?

R.- Sí

...

P.- Sí, me decías que tenias como algunas dudas sobre sexualidad

R.- Aja

P.- Y yo te preguntaba si habías platicado con la, con la psicóloga sobre esas dudas

R.- Mm, no, no. No me nacía el este el preguntarle a ella, o sea como que no tenía la confianza con ella como para preguntarle las dudas que yo tenía

P.- Aparte de la sexualidad ¿Alguna otra duda?

R.- Mm sobre los medicamentos.

P.- Sobre los medicamentos ¿Cómo que tipo de dudas? De lo medicamentos.

R.- Por ejemplo que si me podían cambiármelas a mí, que si había inyecciones para con el medicamento. Porque yo tenía esa duda, porque yo quería, eh, yo tenía en mente una, que me pusieran a mi inyecciones en vez de medicamentos. Pero me lo, bueno otra doctora que es la que me atendía, este, me dijo que no, bueno sí hay inyecciones pero se podría decir que ya lo intentaron con una persona y dijo que le ardía al ponerle las inyecciones. Como que sentía que le quemaba, entonces a mí no me gustó, preferí los medicamentos y la duda era de que si me podían cambiar, podían cambiármelo en algún momento.

...

P.- ¿Cómo qué le faltó al personal para que tú como, como jovencita, les tuvieras la confianza para poderles preguntar? ¿Cómo que nos hizo falta?

R.- Pues como que les hizo falta, no sé, como que tratar más sobre, sobre cómo, bueno de cómo tratar más a los adolescentes. ¿No? Porque es distinto tratar a un

adolescente que a una persona adulta. Entonces así como que no me gustaba como me trató.

P.- ¿Qué me recomendarías para trabajar con chavas de tu edad?

R.- Pues que no sean tan, tan, se podría decir tan secas. (3. Mujer adolescente, 15 años, 15 años tomando tx ARV, estudiante)

Otra adolescente describió que le “cuesta trabajo” y le “da pena” hacerles preguntas al personal de salud. Esta adolescente comentó que se esfuerza por superar estos sentimientos y que utiliza estrategias específicas para lograr que le expliquen o le resuelvan las dudas. Una estrategia que utiliza es pedir una cita a una psicóloga, ya que siente que es más fácil plantear preguntas y dudas con ella.

P: ¿Los médicos... cuando vienes a tu consulta ellos... puedes preguntar todas tus dudas?

R: Sí.

P: ¿Hay como una parte en específica de la consulta que sea para dudas o durante todo el periodo tú puedes estar preguntando tus dudas?

R: Sí, luego me comentan que si tengo alguna duda y es cuando yo empiezo a decirles qué dudas tengo.

P: ¿Y qué tan difícil o qué tan fácil es hacer tus preguntas?

R: Pues luego sí me da un poco de pena comentarles, pero se me tiene que quitar la pena porque si no, no voy a saber cómo entender.

P: ¿Y pena por qué te da? A ver, pláticame.

R: Pena porque siento que se va a enterar y... bueno, no se va a burlar ni nada, pero me va a comentar.

P: ¿Y tú crees que los médicos de pronto están abiertos a que la gente... en este caso, a que tú les puedas hacer preguntas?

R: Luego sí y en ocasiones no, por eso en ocasiones mejor le comento a la psicóloga.

P: A ver, pláticame como en qué ocasiones sientes que no está abierto el médico a que le hagas preguntas.

R: Luego nada más me atiende y me dice -No pues... todo está bien-, y me da mis recetas y es lo único.

P: Mhm.

R: Y ya es cuando mejor saco una cita con la psicóloga y a ella sí le saco las preguntas que tengo.

P: Ok. ¿Y son preguntas médicas o de otro tipo?

R: Algunas sí son médicas y algunas entre pareja y entre las relaciones que llevo con mi familia.

P: Ok. ¿Específicamente sobre el tratamiento antirretroviral qué tan fácil o qué tan difícil es hacerles preguntas a los médicos?

R: Sí, mi pregunta más difícil fue porque como en el medicamento decía que me podía dar Hepatitis B, le comenté -Es que mi medicamento dice que me pude dar Hepatitis B-, y ellos me comentaron que no, que solamente esas hojas decían así pero que no causaba nada de esas enfermedades.

P: Ok. ¿En cuanto al tratamiento antirretroviral qué tan fácil o difícil es de pronto hacer como preguntas?

R: Pues hasta ahorita ya no tengo ninguna pregunta porque... pues ya el tiempo que he llevado aquí me han contestado bien todas las preguntas que tengo en duda.

P: Dices que ves otro tipo de personal, en este caso la psicóloga, otros médicos...

R: Sí.

P: ¿Y a ellos, pensando como en enfermeras y todo eso, qué tan difícil o qué tan fácil es hacer las preguntas?

R: No pues ahí ya no... ya no tengo confianza porque en una, no he platicado mucho con ellos, y pues sí le tengo más confianza a la psicóloga porque ya llevo mucho tiempo platicando con ella.

P: ¿Cuánto tiempo tienes yendo con ella?

R: Año y medio. (2. Mujer adolescente, 16 años, 1 año 6 meses tomando tx ARV, ama de casa)

### **Objetivo 3:**

*Identificar las barreras económicas y socioculturales a las que se enfrentan las mujeres con VIH, incluyendo a las mujeres trans, para recibir una atención de calidad y su adherencia al tratamiento.*

En algunos casos, las cuestiones de género pueden impactar de manera importante (y negativa) en la adherencia al tratamiento antirretroviral en las mujeres viviendo con VIH. Una prestadora de la atención describió a una usuaria de la atención que tuvo problemas de adherencia por cuestiones de discriminación de género, de la poca valoración social que se asigna a las mujeres y del papel que se le asigna a las mujeres. Adicionalmente, la prestadora de la atención describe cómo ella trabajó para apoyar a la usuaria en la superación de algunas de estas barreras, en una búsqueda de fomentar la salud de la usuaria.

"Pues tengo varias pacientes que les ha costado trabajo, pero hay una que sí ... fue como algo que no me esperaba. Ella sí venía por medicamento pero estaba teniendo falla, empezaba a tener un poquito de falla, empezaba a subir la carga viral, no tanto pero sí era por una mala toma, porque a veces se le olvidaba, entonces cuando platicué con ella me dijo –Es que a veces tengo muchas cosas que hacer que cuando ya llega la noche me siento muy cansada y me quedo dormida-, y le dije –Pon una alarma-, -Es que luego no tengo tiempo para la alarma, se me olvida, no escucho la alarma, caigo muerta porque tengo que llevar a los niños a la escuela...-, tenía que ir con una de sus hijas a una terapia de lenguaje, infinidad de cosas, entonces empezamos a citarla cada semana aquí en la clínica para darle el medicamento y le dije que iba a estar en vigilancia hasta que pudiéramos checar qué era lo que estaba pasado, si era el tratamiento como decía el médico, el médico estaba buscando eso, si el medicamento no estaba teniendo el efecto esperado o era porque no se estaba tomando bien el tratamiento, entonces había que probar. Cuando ella llega la primera semana... siempre se les da opción, -¿Qué horario puedes venir? ¿Qué día se te facilita?-, -No pues que este-, -Te espero-, todo lo que se pueda de facilidades para que puedan acudir a la clínica se les da, para que no dejen de venir, entonces empezaba a venir y conforme iba pasando el tiempo platicábamos y resulta que esta paciente me empezaba a platicar de la relación que tenía con su marido, que era muy mandón, que era muy regañón y luego lloraba, se sentía mal que siempre le hablaba

muy mal y entonces empecé a darme cuenta que el problema no era la adherencia en sí, tenía un problema de autoestima, de sentirse menos que el hombre, de creer que era menos importante, porque ella tenía tantas actividades importantes en la casa que dejaba su salud al final, entonces empezamos a hacer un ejercicio muy básico, así de -¿Te has visto al espejo alguna vez y has platicado contigo misma, has podido reconocer qué cosas importantes tienes para ti, quién es esta persona, la has reconocido, has hablado con ella?-, entonces ella como que se impresionaba mucho porque decía -¿Qué le pasa? Voy a parecer loca-, y le dije -No, hazlo un día y lo platicamos, un día que estés sola haciendo el quehacer te tomas 5 minutos, te ves en el espejo y me dices qué es lo que ves, pero necesito que digas cosas positivas, las negativas ya las conozco, se te olvida el medicamento...-, y otras cosas que me había dicho, ya sabía muchas cosas negativas de ella, entonces le dije -Necesitamos saber las positivas pero necesito que tú me digas, te veas al espejo y me digas qué es lo que ves positivo-, entonces pudo hacer el ejercicio y cuando regresó me dijo -Pude hacerlo como 5 minutos y entonces vi esto, esto...- y empezó a decir -Soy una buena mamá, me gusta tener mi casa limpia-, cosas muy básicas, y le dije -¿Cómo te sientes de eso?-, -No, me siento muy bien, creo que sí me está sirviendo porque hoy me levanté mejor-, era algo muy básico, a lo mejor un ejercicio que nadie pensaría que pueda servir, entonces empezó a tener mejor adherencia, pudo estar nuevamente indetectable, el medicamento no era el problema, el problema era que no se sentía escuchada, en casa todo el tiempo tenía que ser callada, nunca podía hablar de lo que sentía, nunca podía decir lo que pensaba porque su esposo la callaba y la sigue callando, pero cuando venía aquí se sentía libre de poder decir lo que pensaba y de poder reconocerse, y el día que le dije -Ya terminó el proceso, ya te puedes llevar todo tu medicamento porque prácticamente ya lo aprendiste a tomar muy bien, ya vimos que el medicamento no es el problema sino que habías tenido problema con la toma, entonces pues ya aquí está-, entonces se puso a llorar tanto y me dijo -No, es que no me quiero ir-, y le dije -¿Por qué? Todo mundo no quiere venir tanto a la clínica, no creo que tú quieras venir tantas veces a la clínica-, me dijo -No, porque si me das mi medicamento no voy a tener con quién hablar, quién me escuche, qué voy a hacer si nadie me escucha-, y era como algo impresionante, impactante para mí porque dije -¿Qué está pasando?-, entonces la invité a los grupos, desafortunadamente por sus... hay unos grupos de mujeres aquí en la clínica, pero

desafortunadamente por sus cuestiones de actividades, de tiempos, no puede venir, sin embargo sigue indetectable, sigue viniendo por su medicamento, pero creo que eso le sirvió bastante para también reconocerse un poquito ella y no hacerse tanto de menos, porque le dije –¿Si tú no estás quién va a hacer la comida? ¿No crees que sea importante tu presencia esté ahí?-, eso los hace ver también a ellos, que tú sí eres importante porque si tú no estás no hay quién planche, no quién lave, no hay quién limpie la casa, entonces empezaba a hacer cosas muy pequeñas pero después tuve que cortar y decirle que VIH no es un obstáculo, el obstáculo se lo ponen ellos, o sea sí es una manera de vivir diferente porque tienen que tomar tratamiento, pero es igual que el que tiene diabetes o el que tiene otra enfermedad, tiene que tomar su tratamiento diario y que la vida no estaba en la clínica, la vida está allá afuera, la vida sigue y que aquí nada más estamos de paso, nada más vengan, visítenos y vamos a que hagan la vida que tienen que hacer, pero bueno, con ella fue eso, necesitaba ser escuchada, tiene un problema de muy baja autoestima.” (Prestadora 4)

La violencia intrafamiliar y estructural son factores sociales que pueden impactar de manera importante en la adherencia, como se observa en los siguientes casos descritos por prestadoras/es de la atención:

“Una [mujer] que recuerdo mucho, mucho, mucho fue mi primer paciente mujer que justo ahí fue cuando yo aprendí mucho de... los factores. ¿No? Asociados a esto, que finalmente falleció. Es, era una mujer de alrededor de 42 años que ya tenía el diagnóstico como desde los treintas, más o menos, sí, desde los treintas. Cuando yo recién llegué a la clínica, evidentemente, como área de salud mental nosotros a quienes nos mandan los problemas de adherencia es nosotros. ¿No? Entonces fue de las, de mis primeras pacientes, porque fue de mis primeras pacientes que recuerdo que ya era crónica, o sea es decir, que tenía un historial de mala adherencia crónico, y esta mujer por ejemplo tenía el problema de que eh, punto número uno, evidentemente había sido la transmisión por la pareja. ¿No? Punto número dos, cuando ella se entera del diagnóstico fue porque tuvo a su hija que ya tenía en ese entonces como cuatro años, cinco años, le detectan el diagnóstico de VIH. O sea, es decir, que la transmisión evidentemente vino de ella. ¿No? Entonces cuando detectan a la hija, obviamente le hacen pruebas a ella, sale positiva, y entonces, la hija fallece.

¿No? Porque pues el diagnóstico fue súper tardío, o sea hasta los cuatro, cinco años desde el nacimiento, fue súper tardío. Se complicó y falleció. Eso fue algo que ella no pudo elaborar adecuadamente, que yo creo que al final de cuentas fue un poco la motivación de no tomar el tratamiento. ¿No? A lo mejor es muy particular ese caso, pero sí recuerdo perfectamente que tenía todas estas características de, de las mujeres con VIH en, en, en la clínica, por ejemplo. Tenía muy baja educación, la pareja había sido la que había sido la, la, la trasmisora de la infección. Eh, tenía un nivel socioeconómico muy bajo, tenía un historial de violencia increíble porque a lo largo de todo el tiempo que yo me, la fui conociendo, este, me, me comenzó a hablar de la serie de violencia sexual que sufría por sus hermanos desde muy pequeña, emmm, la violencia física que sufría también por parte del papá y la mamá, porque eh, particularmente ella en esta cosa de, de pronto de, eh, pues como de la idea machista que existe en las familias, ella, porque era la única mujer entre tres hombres, pues era la que tenía que ser digamos la criada, pues. ¿No? Entonces tenía que atender a los hermanos, al papá, junto con la mamá. La mamá al parecer era un tanto violenta con ella también, entonces era violencia tras violencia tras violencia tras violencia. Y ya, finalmente cuando se junta con este hombre, ella buscaba mucho el embarazo, y recuerdo que eso también me lo platicó. Y fue la única hija que pudo lograr, porque había tenido dos embarazos previos y habían sido abortos, pero finalmente cuando su hija nació pues fue algo como muy esperado y que se muera por una enfermedad que tiene mucha carga estigmatizante y demás y, que se muera en sí pues, pues obviamente fue algo que no pudo elaborar. ¿No? Y, durante todo el tiempo del tratamiento eh, las razones por las que ella suspendía el tratamiento siempre decía que era por efectos secundarios, siempre, siempre, siempre, siempre, siempre. Y la verdad es que los efectos secundarios que ella reportaba, porque yo me acuerdo de eso, la verdad es que estaban más allá de lo que realmente el medicamento podía generar. ¿No? Evidentemente tenía un elemento de, de, de depresión mayor que requirió de tratamiento por parte mía y todo este rollo, y casualmente cuando mejoraba de la depresión mayor mejoraba la adherencia al tratamiento antirretroviral. Pero después, y eso me acuerdo perfectamente, cada que se acercaba el, el aniversario luctuoso de la niña, ella misma se auto boicoteaba pues, y suspendía todo. ¿No? Y siempre me ponía obviamente, no sé, alguna excusa de se me olvidó, tuve muchos problemas en, en, como mi marido, porque el esposo... el

esposo vive pues. ¿No? Este, o con mi familia de origen, porque seguía teniendo contacto con su familia de origen, y así, y finalmente ... No funcionó, no funcionó ...Pero ahí fue donde yo empecé a ver como esta serie de vulnerabilidades que se van sumando con las mujeres, básicamente.” (Prestador 8)

Otro caso donde la violencia fue una barrera importante en cuanto a la adherencia al tratamiento antirretroviral fue el siguiente:

“Una paciente que, ella es una paciente crónica lleva aproximadamente ocho años con el diagnóstico y se diagnosticó debido a que su hijo mayor que tiene pues si siete ocho años termino en hospital Federico Gómez eh, muy mal, tuvo retraso contigo, tuvo asfixia al nacimiento y se empezó a enfermar, tenía neumonía, no crecía, mas todo el programa de, de pues el retraso de esta pequeño, le hicieron pruebas de VIH fue positivo, entonces le hacen pruebas a ella positiva el esposo es su única pareja sexual no se ha querido hacer pruebas, pero obviamente no tiene otra vía de contagio no es usuaria de drogas, ella es una mujer pues con baja escolaridad, es originaria de Oaxaca, vive aquí en ciudad de México y pues ha sufrido violencia ya, me acuerdo porque nos dice que cuando se embarazo de su primer hijo pues si su marido le pegaba, la agredía física psicológicamente, ella no concibe como la violencia sexual lo ve como parte de su obligación porque es su esposa, pero se vuelve a embarazar, entonces el segundo embarazo pues era teóricamente deseado, su hijo tiene cuatro años y el año pasado ella dice que ya no quería embarazarse, pero otra vez se embarazó porque no tenia método, aparentemente pues él igual en eso no le permite un método, es violento este, a veces no le da también tiene violencia económica, no le da dinero este, tiene problemas de alcoholismo es borracho este hombre, entonces ella pues ya tuvo a su bebé sus dos hijos este, menores el bebé y el niño de cuatro años son negativos. Pero pues tiene un caso de transmisión vertical y pues un esposo que no se atiende no se ha querido venir a hacer pruebas, entonces es muy preocupante con ella porque de repente tiene interrupciones precisamente porque su esposo no le da dinero o este, ella pues también a veces tiene yo creo que escoger entre llevar a su hijo a consultas o venir ella a consultas y por medicamento y también porque tiene un trastorno depresivo, entonces ella pues tiene mucha violencia, o sea desafortunadamente se le han hecho las intervenciones, pero no

hemos logrado que se separe de esta persona porque depende totalmente económicamente de él, entonces yo creo que es un caso pues siempre que la vemos y ya nos ha tocado dos veces que abandona el tratamiento porque o no puede venir, no tiene el dinero o bien la última que paso este año fue que se fue a Oaxaca a ver a su familia, su familia no sabe y no le quiere decir porque dice que no la van apoyar al contrario la van a rechazar, entonces este, se fue como un mes y o más, ella nos dijo por las redes que no se tomó el medicamento dos meses y tampoco se lo dio a su hijo, entonces ahorita ya volvió a venir, pero pues la cadena de violencia continua, entonces ella no es adolescente ella y con ese diagnóstico tenía veintitrés años, pero si son casos pues muy desafortunados porque es muy difícil romper la, la violencia en ella, la violencia, la falta de recursos, la falta de un grado de escolaridad alto y pues sí todo estos factores, el tener ella tiene un hijo vertical y aparte ese niño tiene retraso cognitivo, yo creo que de ahorita es uno de los casos que, que mas recuerdo.” (Prestadora 11)

Cuestiones socioeconómicas como la falta de recursos para viajar a la unidad médica donde se recibe la atención constituyen barreras importantes a la adherencia al tratamiento antirretroviral para algunas mujeres. En la siguiente cita de un médico tratante, se describe tanto la barrera económica como la solución encontrada por la institución.

"Tenemos una mujer [adolescente con transmisión] vertical, es decir que ella nació con VIH. Toda su vida ha tomado tratamientos. Actualmente tiene, me parece, 25 años. Estaba cursando su segundo embarazo. Ella había dejado su tratamiento durante el primer trimestre, hasta que supo que estaba embarazada y empezó, otra vez, tratamiento con antirretrovirales. Ella ha tenido fallas a múltiples esquemas, entonces, obviamente, toma un esquema muy complejo en donde tiene que tomar varias pastillas, las cuales no recuerdo bien, pero, sí es importante que las tome. Desde que supo que estaba embarazada, aparentemente llevaba un buen tratamiento, pero, en el tercer trimestre, se nos perdió un mes, entonces, literalmente fue un foco rojo para nosotros, porque una embarazada no se nos puede perder, de hecho, no fue ni un mes, fue una semana y como no venía a sus citas, este, pues, tuvimos que hacer ayuda de trabajo social para ir hasta su casa. Ella vive por Chalco en una situación muy, muy, muy precaria donde ella, incluso, comentó, pues, que no tenía dinero para

venir a la clínica, entonces, tuvimos que llevarle, creo que dos meses, su tratamiento hasta casa porque ella no tenía dinero, cómo venir a la clínica por esta situación. Y, pues, para nosotros, una mujer, embarazada, pues era algo importante de llevar. Ajá, entonces, sí, este, fue, creo que de los casos más importantes, en cuestión de adherencia." (Prestador 5)

Las mujeres adolescentes, específicamente cuando se trató de una transmisión vertical (cuando nacieron) tiene barreras específicas al tratamiento antirretroviral. Un elemento importante en este grupo de mujeres viviendo con VIH es que han vivido toda la vida con VIH y toda o buena parte de sus vidas tomando tratamiento antirretroviral. No obstante estas barreras significativas, que frecuentemente se combinan con diversos factores socioeconómicos, en algunos casos se logra implementar estrategias desde la institución médica que pueden lograr la superación de estas barreras. Esto lo describe una médica tratante:

“Una mujer que tiene 20 años, este, que es una transmisión vertical, eeh, es una chica que vive con su abuela, que tiene muchos intereses como por ejemplo, le encanta, le encanta, este, escribir, le gustan mucho cosas, , manuales, pintar, hacer foto, todo esto, por supuesto tiene que trabajar en lo que salga para colaborar con la casa, ¿no?, entonces, este. Ella, la mamá, eeh, la mamá que evidentemente vive con VIH, e, un poco como no se ha hecho cargo de ella, entonces es por eso que la abuela está a cargo, em... Yo la conocí, o sea, ella pasó primero por otros sistemas de salud, o sea estuvo un tiempo por supuesto durante su, durante la infancia en un hospital pediátrico, después pasó, estuvo un tiempo en el IMSS, y después llegó con nosotros, y cuando llegó con nosotros pues estaba en falla el tratamiento que había recibido, este, por muchísimo tiempo, eeh, y, y justamente en ella, esta como con un poco anhedonia, como un poco indiferente al tema de, de las complicaciones, de esta, de estas pacientes con las que muchas veces como clínico, porque a veces no tenemos mucha formación, a veces nosotros en salud mental ni en psicología y que uno hace ahí (risa) lo mejor que puede con lo que ha aprendido empíricamente, este, o sea, tratar como de buscar los sitios que pudieran ser de interés para ella, para tomarte de ahí y a usar eso como un incentivo para que ella quiera seguir viva y seguir bien, ¿no?, como, este, qué te ves haciendo cuando seas más grande, este, no sé, ¿no?, cosas por el estilo, tratar de buscar, este, si quieren ser mamás, si se quieren

emparejar o si quieren estudiar o si quieren hacer, o sea, como tomar esta parte para utilizarla como una motivación y como un ancla para que se adhieran al tratamiento, este, muchas estrategias, eeh, afortunadamente nosotros tenemos un equipo de salud mental, entonces tenemos muchísima ayuda en ese sentido, ¿no?, gracias, a, a esos servicios no tenemos que hacer nosotros, esa parte tanto, es decir, sí tenemos ayuda profesional, eeh, la ve una psicóloga que es doctora en psicología que trabaja en la clínica y también como con dificultades para encontrar esas, esas, este, como incentivos para ella. Entonces cuando la conocimos, cuando llegó con nosotros a la clínica, este, ella de verdad estaba yendo como, literal, como si la obligaran a ir a la consulta, su actitud en la consulta totalmente desinteresada, así “oye, pues estás fallando al tratamiento”, realmente como que ella estaba en otro rollo, este, ella no tiene, ella no tiene abuso de sustancias ni nada, este, y, eeh, no tiene pareja tampoco, eeh, y poco a poco, digo, la dejamos, de hecho, cuando yo la conocí le dije, “¿sabes qué?”, su situación en términos muy biológicos del virus era súper complicada, tenía un virus que era así resistente prácticamente a todos los antirretrovirales, había que buscarle un esquema, e, complicado, que sometimos al Comité de Resistencia a Antirretrovirales, se discutió con toda la gente que está ahí en el comité, le encontramos por fin un esquema que podría funcionar y hablamos con ella, este, seriamente sobre lo importante que era que este último esquema realmente lo tomara bien, entonces yo le dije que yo prefería que si ella quería como unas vacaciones de los antirretrovirales, se quedara sin tratamiento por el, pues porque nos preocupaba que de verdad esta era como de las opciones disponibles en el mercado, su última opción, sin querer ya, este, así dramática, pero era la verdad, ¿no? Entonces, este, ella estuvo de acuerdo y optó por tomar como unos meses de vacaciones de antirretrovirales, y extrañamente, ella, a pesar de que nadie la lleva a la consulta, ella va sola, siempre va a la consulta, o sea, aunque muestre, este, a veces esta como actitud de indiferente y tal, sí, sí va, este, o sea no es, en realidad yo puedo pensar muy pocas veces que ha faltado, en realidad ella sí, sí va a la consulta, pero bueno, tiene pues todo ese tema. Recientemente, o sea, la tuvimos como, yo creo que como unos tres o cuatro meses que no tomó antirretrovirales por decisión de ella, un poco como en consenso con nosotros, le dijimos, “mejor esto a que los tomes mal”, vamos a “descansa de ellos”, este, (risa), etcétera, y recientemente reinició el tratamiento y hoy ya con el tiempo que lleva asistiendo a la clínica, creo que en general sus

relaciones con, su relación con la institución, pues, con el servicio, creo que ha mejorado, un poco con este tema de exposición y de ir conociendo a las personas que trabajan ahí, ver que, bueno, pues sí hay gente que tiene pues la intención de ayudarla, ¿no?, etcétera, tratar de, este, indagar, sí, sí hemos intentado mucho con ella, este, como indagar sus intereses, tratar de buscarle cosas que a ella puedan incentivarla para que, para que se adhiera y, y creo que eso, o sea, creo que la dificultad es un poco como esta rebeldía que creo que sí es característica de las adolescentes y las mujeres muy jóvenes que, que eso es común en las adolescentes, o sea, aunque no estén enfermas, ¿no?, es un, es un tema, ps, de, es un tema de comportamiento relacionado a la edad, como un poco de retar y de pues “vengo a la consulta y te digo que no me las estoy tomando y hazle como quieras”, ¿no?, un poco como en esa actitud, este, que pues hay que saber como yo creo que, pues sí, o sea, tratar de como, como enfrentar de la mejor manera sin, sin, sin hacer que eso la aleje de los servicios, o sea, creo que más bien ahí hay que tra..., hacer un trabajo muy importante también como profesional de la salud de ser súper como tolerante y tratar de entender que casi la tienes que tratar como si fuera un poco, pensar como si fuera cualquier adolescente, tu hija, ¿no?, o como ese, esa, tener ahí la cabeza, ¿no?, no como si fuera una paciente a veces. Este, y bueno, ella fue difícilísimo, ahorita está adherida en términos de retención a los servicios, está retenida en los servicios, eso no forzosamente (risa) va a decir que vamos a tener éxito con el tratamiento antirretroviral pero por lo menos ya es una ganancia, o sea sí va a la consulta y creo que empieza a establecer ciertos vínculos como, este, positivos con personas de la clínica, con las trabajadoras sociales que son buenísimas, con la psicóloga, un poco con nosotros, entonces ya esa parte creo que va mejorando. En, en especial en ella y creo que en general, en, en los pacientes que vienen, en las pacientes que vienen de hospitales pediátricos, creo que esa transición, que hay gente que la ha estudiado también, el tema de, este, esta transición entre la adolescencia y la adultez, este, hay gente que ha estudiado eso como cualitativo muy como específicamente, he leído más cosas en hombres pero, bueno, creo que esa transición es complicada, vienen de servicios de salud que son súper paternalistas, donde las enfermeras, las doctoras, los doctores se saben sus nombres, los conocen desde que son chiquitos, etcétera, ¿no?, hay un vínculo ahí casi hasta familiar con el, los servicios pediátricos, que además pues eso, son paternalistas, son muy amistosos, son tal vez como que

emocionalmente más, eeh, pues sí más amistosos, diría yo, creo que esa es la palabra, o más confortantes para ellos, y llegan a un lugar como nuestras clínicas que son enormes, que hay un montón de temas burocráticos, que hay un mundo de gente, que eres uno más, a nadie le importa si lo logras o no lo logras, ¿no?, tienes que ahí, este, un poco como que nadar contra corriente, ver a dónde tienes que llevar tus papeles, qué tienes que hacer, este, no perder tus citas, es un poco tu responsabilidad que vayas a hacerte tus CD4, tu carga viral, etcétera, ¿no? Entonces ese, ese cambio, este, para las adolescentes creo que es muy abrupto y creo que eso nos complica, no tenemos nada, no hay, no hay un modelo establecido para resolver ese problema con esos pacientes, o sea, se incorporan como cualquier otro, como si tuvieran 40 años, si fueran súper autónomos y tal, ¿no?, o sea llegan y órale, a lo que vas, ¿no? Entonces creo que esa parte también es complicada y definitivamente creo que puede interferir en que ellos no se sientan contentos con los servicios, se sienten totalmente ajenos a lo que está sucediendo en la clínica, se pierde, ¿no?, dicen “ay, no, sabes qué, ya vine tres veces y aquí nadie me consiente, nadie sabe mi nombre, bye”, ¿no? Entonces creo que esa parte también es importante para que sean adherentes las mujeres, las adolescentes sobre todo... decidimos [llevar el tratamiento de la adolescente así] en conjunto, o sea, sí le dijimos, “oye vas a estar viniendo y”, eso es una cosa que trabajamos con la psicóloga, le dije “oye, le voy a dar vacaciones”, este, (risa), “vamos a seguirla citando pero no va a tomar antirretrovirales, este, necesito que hagamos un poco, primero, el esfuerzo por que siga viniendo”, porque en esto de las vacaciones, pus, se nos pierde y adiós, que era un riesgo que corríamos, pero bueno, este, y entonces hicimos como este plan, un poco conjunto entre una trabajadora social, que, que trabaja en el área de alcance comunitario. Hay muchas mujeres trabajando en Iztapalapa también (risa), ahora que lo pienso, este, entonces la trabajadora social, eeh, que la conoce muy bien, es, es una mujer muy joven, de nosotras, que las que la atendemos, es la más joven, la trabajadora social, y tiene mucha experiencia haciendo alcance comunitario, entonces tiene todas estas habilidades para, este, incluso sacarles cosas a los pacientes que no nos dicen a los doctores, eeh, la, la psicóloga, que, y yo. Entonces hicimos como este plan, eeh, “vamos a darle vacaciones, vamos a citarla cada equis tiempo”, este, más o menos la estábamos viendo como cada tres semanas, cada mes, “y en todas las consultas vamos a replantearle si quiere empezar o no”. Eso como en, como en conjunto con

darle toda la información de verdad qué puede suceder, o sea, tratando como un poco de trabajar con ella en este tema de que ella sola fuera comprendiendo como el proceso de qué va a pasar si de verdad las vacaciones se te vuelven eternas, ¿no? Va a llegar un punto en el que de verdad no va a estar, no va a estar bien, ¿no? Y si te puedes enfermar y no te, no te vas a morir, también a veces tienes que hablar de estas cosas como sin ser amarillista pero sí con la verdad, no te vas a morir de un día a otro como si te atropellara un camión o te diera un infarto, ¿no?, o sea son, te puedes complicar, o sea no, no está divertido, ¿no?, o sea puedes terminar hospitalizada, te pueden dar cosas como de te vas a enfermar de, que, semanas o puedes estar mal mucho tiempo, ¿no?, no, no es una cosa que vaya a tener un desenlace así como rápido. Este, y un poco como trabajar sobre todo también animarla esta parte de que definitivamente ella no se quiere morir, entonces esa, eso es evidente, o sea no se quiere morir y, y también por eso se mantiene adherente al sistema, o sea ella sabe que de alguna manera pues ahí hay algo que, de lo que se está agarrando que te ex, te da a entender que no está abandonándose así nada más, ¿no? Entonces, y la otra es trabajar mucho con el tema de los efectos, hay, hay una asociación importante entre, eeh, y eso también lo he visto mucho con los adolescentes, este, que llevan muchos años tomando antirretrovirales y que obviamente suele ser difícilísimo, este, hay una como asociación como emocional al efecto de tomar medicamentos, es decir, evidentemente los medicamentos tienen efectos adversos descritos, conocidos y todo que obviamente los pacientes pueden tener, pero hay, se suma a eso una como connotación emocional que muchas veces tiene somatización relacionada con la toma de los medicamentos. O sea tomar el medicamento, además de los efectos que ya puede tener propios, conocidos, biológicamente explicables, hay como un extra a esos efectos adversos que tienen que ver con una emoción, ¿no?, o sea es como “odio tomarme estas medicinas”, entonces ahí se agregan como otros efectos. Entonces también mucho de lo que hace la psicóloga es trabajar esta parte como de, eeh, cómo manejar los efectos de algo que realmente sí te tienes que tomar, o sea, como, bueno, lo tienes que tomar, en algún momento lo vas a tener que tomar, entonces, bueno, cómo le hacemos para que pues esa toma sea lo menos, este, pues no sé, aparatosa o incómoda para ti que se pueda, ¿no?, este, y así, así estuvimos como tres o cuatro meses, un poco como con esa dinámica de, este, cuáles van a ser los efectos, cuáles serían las consecuencias si no, si seguimos sin hacer nada por

mucho tiempo, este, pues qué beneficios tendría que sí lo tomes, la-la-lá, eeh, y buscando esos, como trabajar sobre esos objetivos de lo que ella desea en realidad, o sea como buscar cuáles son los incentivos propios del paciente como para trabajar con ellos, y, y ella misma más o menos como a los tres meses nos dijo “bueno, ya, ahora sí, o sea, creo que ya estoy lista como para empezar”. Muchas veces lo que hacemos en esos casos también es, este, llenarles pastilleros, usamos pastilleros, eeh, que nosotros les llenamos las primeras veces con ellos, o sea, traen las medicinas, llenamos juntos los pastilleros y les ponemos así como, pues etiquetitas de mañana y noche, o así, para que más o menos sepan cómo, y el, eso es como las primeras consultas, entonces no se llevan todos los frascos así como, se llevan los pastilleros ya llenos con las dosis de, por decirte, dos semanas, y vuelven a las dos semanas y normalmente otro como ejercicio es que ellos solos llenen sus pastilleros, que traigan un pastillero lleno para ver si está bien lleno, o sea, si las pastillas van donde van y tal, este, y eso es lo que hemos estado haciendo ahorita con ella; ella lleva, tendrá como un mes que la empezamos de nuevo en este esquema, entonces todavía no sé cómo nos va a ir en términos de, de que se esté tomando bien las medicinas, sí está yendo, está yendo a llenar sus pastilleros, etcétera, parece que se los está tomando, entonces, este, pues sí, esa es (risa) más o menos la estrategia que usamos.”  
(Prestadora 1)

#### **Objetivo 4:**

*Indagar sobre qué papel tiene el acompañamiento de las mujeres con VIH en la mejora de la adherencia al tratamiento.*

Los y las profesionistas de la salud plantear que en muchos casos, las mujeres viviendo con VIH no tienen quienes las acompañan a la atención. Por ejemplo, explicaron:

"casos donde son parejas discordantes...donde acaba de recibir el diagnóstico la mujer y él se hizo pruebas, salió negativo. Una constante es que sí vemos parejas que vemos muy constante que las abandonan, después de que ellos sepan que son negativos." (Prestador 5).

"¿Qué si vienen acompañadas de su familia? Generalmente vienen acompañadas de los hijos, alguna que otra viene acompañada de la hermana, de la mamá a veces, pero generalmente las mujeres también están solas, porque ellas son quienes acompañan, las mujeres son quienes acompañan, entonces están al cuidado de los hijos y de los esposos, de los parientes, yo creo que ellas son más acompañantes que ser acompañadas, o sea, son pocas las que sí tienen una red fuerte." (Prestadora 4).

"Vienen solas [las mujeres viviendo con VIH] porque la gran mayoría están solas. Es decir, solas en el sentido de que pues son madres y tienen a sus hijos y los hijos pues normalmente son pequeños. Entonces la gran mayoría vienen solas." (Prestador 8).

Según las y los prestadoras/es de atención, hay muchos grupos de mujeres viviendo con VIH que no reciben el apoyo del acompañamiento por parte de algún familiar, pareja o amiga/o a la atención médica. Por ejemplo, una prestadora comentó que las "mujeres que vienen en situación de calle, pues vienen solas" (Prestadora 6). Entre ciertos grupos de mujeres viviendo con VIH, existe poco o nulo acompañamiento ni apoyo, ya sea específicamente con relación al uso de la atención médica y la adherencia o en general.

Muchas usuarias viviendo con VIH (quienes son mujeres cisgénero) vienen acompañadas de sus hijos pequeños a las citas médicas; evidentemente, esto no es el tipo de acompañamiento que

generalmente implica un apoyo para la mujer (aunque, como se verá más adelante, en algunos casos sí). Al contrario, puede ser problemático traer niños chicos a la consulta médica. Una estrategia importante para evitar que esta situación constituya una barrera para el uso de la atención médica (y por ende, para la adherencia al tratamiento) es que la institución médica tenga una guardería o algún otro espacio donde las usuarias pueden dejar a sus hijos mientras entran a la cita médica. Esto lo comentó una profesionalista de la salud: "Pero generalmente vienen acompañadas de los hijos, yo las he visto más con los hijos porque aquí también a veces le ayudamos a cuidar a los hijos cuando eso es un obstáculo, un obstáculo de -¿Y ahora con quién los dejas?-, pues vienes y los dejas aquí un rato en lo que pasas a la consulta, te atiendes y después ya atiendes otra vez a tus hijos. Entonces hay que hacer como estrategias para que las mujeres sí lleguen a la consulta, pero también hace falta personal, en la clínica hace falta personal para que sean efectivas esas estrategias, hace falta alguien en la estancia infantil por ejemplo." (Prestadora 4).

Dado que la mayoría de las personas que hacen el trabajo (en términos de trabajo no remunerado de reproducción social) de acompañar a pacientes a las citas de atención médica son mujeres, y a la vez estas mujeres están encargadas de múltiples otras actividades dentro del trabajo no remunerado de reproducción social (como cuidar a los hijos y hacer el trabajo doméstico), en ciertas situaciones esto puede implicar que no haya quién acompañe a una usuaria de la atención médica quien vive con VIH. Esto lo describe una prestadora de la atención con relación a una adolescente viviendo con VIH: "Hay muchas mujeres, por ejemplo ahorita me acordé de una adolescente. Ella tiene menos de un mes que tiene a su bebé. Sí tenía una red de apoyo pero su mamá casi nunca venía [con ella a la atención]. Después descubrimos por qué; porque tenía un bebé, su mamá tenía un bebé de ocho, nueve meses. La acompañaba su tía pero también, su tía materna pues tenía cosas que hacer con sus hijos. Entonces había muchas veces que ella venía sola, entonces, ya con un embarazo avanzado" (Prestadora 11).

Diversos prestadores y prestadoras de la atención hablaron de las y los acompañantes de las mujeres viviendo con VIH como "aliados" dentro del esfuerzo por lograr un buen nivel de adherencia al tratamiento antirretroviral. Esto puede suceder aún en el caso de que los acompañantes sean niños o niñas. Por ejemplo, una prestadora explicó:

"Tenemos pacientes que luego dicen "se me olvida" y viene con sus hijo y algunos saben, aunque son pequeñitos, saben que su mamá toma medicamentos. Entonces les

decimos. A mí me ha tocado decirle a los niños de ocho años, seis años de: 'dile a tu mamá que se tome el medicamento' y se lo dicen. Cuando les volvemos a preguntar, ellas mismas nos dicen 'ay, mi hijo me lo recordó'. Entonces vemos que uno busca aliados, ya sea familiares pequeños, grandes, amigos” (Prestadora 11).

Otro prestador de atención también planteó que el personal de salud debe conocer a y aliarse con la familia para lograr una buena adherencia en la usuaria viviendo con VIH (Prestador 2). Este médico tratante plantea que las personas que acompañan a las mujeres viviendo con VIH son sus “aliados” en cuanto a lograr una buena adherencia al tratamiento antirretroviral para la usuaria de la atención en cuestión. Él busca que los y las acompañantes entren a la cita con la mujer viviendo con VIH, para involucrarlos en los esfuerzos por apoyar a la usuaria en cuanto a la adherencia, como describe en la siguiente cita:

“Hay que decirle a las mujeres que vengan acompañadas. Es mi plan. El soporte familiar, la red de alguien es bien importante, porque mira que las estimula. Ahora vienen por ejemplo con la mamá, y yo paso a la consulta a la mamá y pasó a la consulta a la hija, a veces me tardo más en la intervención con la mamá, más que con la hija. ... Entonces es justo la parte emocional, la red social que tengan, el apoyo de la familia, es bien importante para que se adhieran a un tratamiento antirretroviral.” (Prestador 2.)

Las y los prestadoras/es de atención incluyen a los y las acompañantes en los esfuerzos por lograr la adherencia al tratamiento antirretroviral de la usuaria de la atención entre otras cosas porque en algunos casos, la persona que acompaña a la usuaria puede entender mejor las explicaciones del médico tratante u otro profesional de la salud. Por ejemplo, si la usuaria está en una etapa de negación del diagnóstico de VIH, y de enojo o depresión al respecto, puede suceder que no capta la información sobre adherencia que está impartiendo el profesional de la salud. En otros casos, el nivel educativo de la usuaria puede ser mejor que el de su acompañante y por ende, la comprensión de las instrucciones del médico tratante pueden ser mejor captadas por el o la acompañante (Prestador 2).

Adicionalmente, hay usuarias de la atención que por algún problema cognitiva a quienes las acompañan las parejas (o en otros casos, la madre). Un prestador comentó esta situación, diciendo

que hay “parejas que, en otras situaciones, también vienen. Donde la paciente por algún déficit neurológico, un deterioro cognitivo, no son capaces de contestar bien las preguntas o a su seguimiento, la pareja sabe perfectamente el estado de salud de la paciente y su seguimiento.” (Prestador 5). También comentó este prestador, "Por ejemplo, igual, tengo una paciente con deterioro cognitivo, donde ella tuvo secuelas de toxoplasmosis y, pues, tiene problemas tanto para la marcha como para hablar. Entonces, la pareja, bueno, yo hago el interrogatorio y la pareja es quien contesta todo y sabe perfectamente todo sobre el esquema, a pesar de que él también es positivo, este, él sabe bien sobre el seguimiento de su pareja y de él.” (Prestador 5).

Es importante tomar en cuenta que la pertinencia del acompañamiento a las citas médicas varía dependiendo del contexto específico. Algunas mujeres pueden necesitar acompañamiento por algún problema cognitivo, por su nivel educativo o por su estado de salud mental, mientras que otras mujeres pueden preferir asistir a sus citas médicas solas. Por otra parte, la necesidad del acompañamiento puede depender del tipo de atención médica que va a recibir la mujer: el acompañamiento es importante durante las primeras citas médicas después de recibir un diagnóstico de VIH y también lo puede ser si la atención médica involucra alguna intervención quirúrgica (aunque sea ambulatoria) o la hospitalización. En otras citas médicas, el acompañamiento puede tornarse menos importante o poco relevante.

Ocasionalmente el que la usuaria tenga un acompañante puede tener un impacto negativo; por ejemplo, un médico tratante planteó que a veces las usuarias vienen acompañadas de "parejas que incluso parecieran ser o dan la impresión de ser, aparentemente, controladoras” (Prestador 5). Sin embargo, las y los prestadoras/es plantean que en la gran mayoría de los casos el acompañamiento tiene un impacto positivo en el uso de la atención y en la adherencia al tratamiento antirretroviral por parte de las mujeres viviendo con VIH.

En algunas instituciones, los y las prestadoras/es de atención describen que la gran mayoría de las mujeres trans vienen acompañadas a las citas de atención médica (Prestadores 5, 7, 8, 17). Otros profesionistas de la salud, quienes trabajan en las mismas instituciones que los y las que afirman que las mujeres trans viviendo con VIH suelen acudir a la atención médica acompañadas, o de otras instituciones, comentan que su experiencia es que estas usuarias no siempre vienen acompañadas. Por ejemplo, una prestadora de atención dijo: "hay muchas mujeres trans que vienen sin apoyo, pero muchas de ellas también vienen siempre acompañadas” (Prestadora 6).

Varios prestadores y prestadoras de la atención indicaron que en general cuando las mujeres trans vienen acompañadas, es de parte de otras mujeres trans o de otras amigas o amigos, y no de familiares. Por ejemplo, algunas/os prestadoras/es dijeron:

“Es que [las mujeres trans que viven con VIH] no tienen a esa hermana. Las trans, en general, no tienen familia, una familia ... cercana y diría que por eso es más complejo para las trans, porque no tienes a quien decirle que las cuide" (Prestadora 12).

"Hay unas [mujeres trans] que vienen con amigas, eh, sí, que vienen con familiares, que vienen con... no con familiares, perdón, más bien con amigas, amigos o se acompañan pero con familia casi no, casi no." (Prestador 8)

“Yo he visto que entre mujeres trans, sí se llegan a apoyar. Ellas, muchas veces vienen acompañadas y, esa compañía, sí le da como el apoyo para la adherencia, porque son muy unidas entre ellas." (Prestadora 17)

En algunos casos, tal vez aislados pero que sí existen, las mujeres trans viviendo con VIH tienen una pareja que las acompaña a la atención y las apoya con la adherencia. Esto lo describió una profesionalista de la salud de la siguiente manera:

“Una mujer trans que llevaba tratamiento antirretroviral, esta paciente, pues, sí estaba en un desgaste. Entonces sí estaba algo delicada y la pareja -hombre biológico- era quien la apoyaba. De hecho, ella no podía ni caminar. Él la traía con silla de ruedas. Pero, se veía que la apoyaba muchísimo, muchísimo en todo su tratamiento...desde la entrevista o el interrogatorio. Se ve que tanto apoyan porque conocen o desconocen toda la información y, en este caso, pues sí, el familiar conocía toda la historia, todas las actividades, o sea, sí estaba como muy apegado con ella y la apoyaba mucho." (Prestadora 17)

Una prestadora de la atención que trabaja principalmente con mujeres trans comentó que ha observado un cambio generacional al respecto de quienes las acompañan. Esta profesionalista de la salud comentó que las mujeres trans:

"vienen acompañadas por amigas, muy rara vez vienen acompañadas por algún familiar. Las que vienen generalmente acompañadas por un familiar son las más jóvenes, curiosamente. Como que ya la nueva generación empiezan a tener mayor apertura [de parte de] la familia y ya vienen acompañadas por la mamá, el papá y hasta... una vez vino una paciente acompañada por la abuelita. Pero ya las pacientes a una edad por arriba de 40 años, generalmente vienen solas y justamente las mujeres trans que tienen VIH la mayoría son mujeres de edad mayor, arriba de 40 años de edad. Ahorita se están incorporando al programa muchas mujeres jóvenes que ya vienen acompañadas por un familiar." (Prestadora 9).

La profesionista de la salud atiende a mujeres trans con y sin VIH; es importante tomar en cuenta que, en su apreciación, las mujeres trans que no vienen acompañadas son mayores también son las que viven con VIH. Posiblemente el que las mujeres trans tengan familiares que las acompañen a la atención esté vinculado a su edad (la generación de la cual ellas vienen, y por ende el contexto social que viven sus familias) y posiblemente también esté vinculado con el hecho de tener o no VIH.

Por otra parte, con relación a las adolescentes viviendo con VIH, la mayoría de los y las profesionistas de la salud entrevistados/as dijeron que en muy pocos casos vienen acompañada a la atención médica. Las y los prestadoras/es de la atención plantearon que la falta de acompañamiento entre las adolescentes viviendo con VIH se debe a que la mayoría tuvieron una transmisión vertical del VIH, y por ende son huérfanas. En otros casos, no son huérfanas pero viven con miembros de la familia extendida, más frecuentemente abuelas o tías. Una prestadora de la atención comentó, "una adolescente que podría venir igual y con sus padres, pero, sí lo he visto en pocas ocasiones." (Prestadora 17). Otra prestadora de la atención comentó:

"Sobre todo mujeres [adolescentes] con transmisión sexual que sí tienen esas situaciones complejas. Y en el caso de las verticales, algunas que viven más bien como con familias que no son familias directas, o sea que viven por ejemplo con abuelos o con algún otro miembro de la familia que se ha hecho cargo de ellas." (Prestadora 1)

Por otra parte, tanto para mujeres trans como mujeres cisgénero (no trans), el estigma puede llevarlas a decidir que no desea que alguien las acompañe a la atención para la salud relacionada con el VIH. Un prestador comentó que en su opinión, el estigma asignado específicamente a las mujeres que viven con VIH puede ser una explicación de por qué en algunos casos las mujeres que tienen esta enfermedad elijan asistir a la atención sin acompañantes (sin que esto sea el único fenómeno en juego). Por ejemplo, con relación a las mujeres trans, comentó lo siguiente:

“Creo que, en primera muchas de ellas [las mujeres trans] no tienen tanto contacto con su familia de origen. Por la cuestión trans pues. Y en segundo lugar, también existe este elemento de, ‘¿cómo voy a traer a mi familia aunque sepa que tenga VIH, a la atención? y entonces vea lo que es...la atención en VIH, pues no.’ Creo que es un elemento de estigma, básicamente.” (Prestador 8)

Refiriéndose a las mujeres cisgénero este prestador comentó:

“Cuando uno les pregunta cómo está la situación, por ejemplo, de la aceptación con la familia de origen...la gran mayoría te dice que sí, que la familia las acepta y no tienen problema. ...pero pues tampoco es que vengan y la acompañen a la consulta, pues no. Es como que ellas prefieren hacerlo solas. Incluso porque también creo que es una manifestación de un elemento de auto estigma. O sea, ‘¿cómo voy a traer aquí a mi mamá?’ Porque también recordemos que las mujeres con VIH son minoría en el mundo del VIH. Entonces de alguna manera también, el que vean todo lo que ven aquí en la clínica, mujeres trans, hombres que tienen sexo con hombres, ... que ven que son hombres homosexuales, que están aquí abrazados, tomados de la mano, besándose o que tenemos pacientes que vienen en una cosa medio andrógina, eso es una cosa de estigma también de ellas y de decir ‘¿cómo voy a traer aquí a mi mamá, mi hermana, mi hijo, a mi hija?’ Y pues, yo creo que por eso vienen solas. Eso es como, ‘esto es lo que yo tengo que hacer y lo hago sola.’” (Prestador 8)

Algunos prestadores y prestadoras de la atención explicaron que la falta de acompañamiento que observan en el caso de las adolescentes viviendo con VIH implica un problema significativo para la adherencia al tratamiento antirretroviral (y la retención en la atención para la salud en general, un elemento central de la adherencia). Esto va más allá de la importancia que el acompañamiento

pueda tener para una usuaria de la atención que es una adulta. Específicamente, la falta de acompañamiento a la atención médica entre las adolescentes viviendo con VIH acentúa una problemática que existe para este grupo: la transición de la atención pediátrica a la atención para adultos. Esto lo describió un prestador de la siguiente manera:

"Las adolescentes [que tuvieron una transmisión vertical del VIH] la verdad es que es un tema delicado porque muy rara vez vienen acompañadas de sus padres. Siempre vienen solas y, a veces, eso es un problema. Como van pasando de una etapa donde las atendía un pediatra y sí había una atención casi tipo paternal hacia el paciente, hacia [una etapa con] un modelo donde pasan a ser adultos y ellos tienen que hacerse responsables de su mismo tratamiento. A veces eso es un problema porque, pues, no están acostumbradas al trato donde ellas tienen que hacerse cargo de sus responsabilidades y a veces no hay buen seguimiento con respecto a esa situación."  
(Prestador 5).

Muchas mujeres viviendo con VIH, incluyendo mujeres cisgénero, transgénero y adolescentes, comentaron que no tienen quién las acompañe a la atención médica. Sin embargo, dijeron que los grupos de ayuda mutua o autoayuda constituyen una fuente importante de apoyo para las mujeres viviendo con VIH. Con relación a esto, el programa de Acompañantes Pares que se ha implementado en algunos lugares de atención para el VIH constituye una iniciativa relevante que se ha mostrado efectiva para apoyar a las mujeres con relación a la adherencia al tratamiento. Las Acompañantes Pares son mujeres que viven con VIH y que recibieron su diagnóstico hace al menos 5 años, tienen buena adherencia y constancia en el uso de la atención médica. Ellas acompañan a mujeres viviendo con VIH que tienen menos tiempo desde su diagnóstico y que pueden desconocer aspectos del funcionamiento de la institución médica donde atienden su salud. Además, este programa, basado en la educación entre pares, toma en cuenta las condiciones estructurales que viven las mujeres con VIH, que son diferentes de las que viven los hombres.<sup>44</sup>

En otros casos, las mujeres dicen que el apoyo que recibe es de parte del personal de salud, no de parte de sus familiares u otras redes sociales. Por ejemplo, algunas mujeres trans comentan que no las apoyan ni la acompañan, como lo indica el siguiente segmento de una entrevista:

P.- Ahora vamos a platicar un poquito sobre el acompañamiento, ¿tú te sientes apoyada?

R.- ¿En qué forma?

P.- Ahora sí que... con respecto a lo que estás padeciendo, o sea, ¿tú sientes que alguien te apoye?

R.- No

P.- ¿Qué esté como contigo?

R.- No

P.- ¿nadie?

R.- No

P.- ¿Alguien te acompaña cuando vas a la atención?

R.- No, no. (2. Mujer transgénero, 36 años, 1 año 6 meses tomando tx ARV, estilista y comerciante)

En otros casos, las mujeres trans viviendo con VIH describen que no las apoyan sus familiares sino amigas o amigos.

P.- ¿tú tienes alguien que te apoye o que esté contigo?, ¿alguien que te acompañe en la atención?

R.- No, yo vengo sola.

P.- ¿En ningún momento has tenido alguien que te...?

R.- ¡Ah, no, sí! Al principio, me acompañó mi amiga, mi amiga, mi íntima, bueno, con la compañera que iba al trabajo a laborar, ella fue la que me empezó a acompañar a todos mis acompañamientos. (11. Mujer transgénero, 31 años, 1 año tomando tx ARV, activista, trabajadora sexual y promotora de salud)

Una adolescente viviendo con VIH comentó que aunque su tía la acompañaba a las citas cuando era menor de edad, ahora ya no la acompaña.

P.- ¿tú te sientes apoyada por alguien?

R.- Sí, mi tía

P.- ¿Por qué? a ver pláticame, ¿de qué forma te apoya?

R.- De todo, económica y moralmente. ...Me apoya mucho.

P.- ¿Ella te acompaña cuando vienes a la clínica?

R.- Ya ahorita, ya no, ya no mucho, porque está mala. Entonces, intento dejarla encerrada en la casa. Entonces, yo ya, siendo mayor de edad, ya, ya me aprendí el camino y todo, entonces ya, me vengo sola. (4. Mujer adolescente, 19 años, 2 años tomando tx ARV, sin ocupación)

La dificultad para revelar el diagnóstico de VIH, por miedo al rechazo y al estigma que esto pudiera desencadenar, puede ser una barrera para que las mujeres tengan apoyo con relación a su atención médica y específicamente para lograr la adherencia al tratamiento antirretroviral. Al respecto, una mujer trans comentó lo siguiente:

P.- ¿Siente usted que alguien la apoya?

R.- Mmm, de hecho nno. Yo ahorita mi familia pus en realidad ya namás quedamos cuatro. La que quedó fue una persona que siempre se avergonzó de mí. Hoy en día ya me habla muy bien, nos abrazamos, nos queremos pero no es lo mismo como con la que falleció que siempre viví. Mi hermano fue homofóbico, ya me acepta, ya está conmigo. Vivimos en la misma casa, yo vivo en la casa de él, me renta arriba. Hoy no me acepta, quiera o no me acepta. Mi hermana la del rancho pues, ella siempre ha estado en el rancho, namás cuando voy ¿cómo estás manita, manito? Me da gusto verte bien. Eh, no, yo a nadie de ellos le he contado sobre mi problema. A nadie de ellos les he dicho nada por lo mismo de que no quiero que haiga ese rechazo, eh, ya cuando Dios quiera que ya no lo pueda ocultar pues, con la pena tengo que decírselo y si están de acuerdo bien y si no pues ni modo, yo se los he dicho, 'hagan de cuenta que no me conocieron'. Porque tenemos que prepararnos para todo eso ¿verdad? Ahorita estamos bien, mañana no sabemos cómo estemos. Que va a venir la muerte, yo sé que va a venir pero no va a ser por el VIH, va a venir por las infecciones, cuando ya no tenga mis defensas, cuando ya mis defensas están bajas, pero que muera de VIH, no, porque tengo un tratamiento.

P.- ¿Hay alguien que en alguna ocasión le acompañe a sus citas?

R.- No.

P.- ¿Siempre ha venido solita?

R.- Sí. (4. Mujer transgénero, no aportó datos sociodemográficos)

Otras mujeres viviendo con VIH (se trata de mujeres Cis y Trans adultas) describen el apoyo que reciben de varios miembros de su familia. En ocasiones, el no venir acompañada a las citas médicas obedece a que la usuaria no siente que necesita que la acompañen, excepto cuando su salud es precaria. En otros momentos, las mujeres pueden preferir acudir a la atención médica solas por cuestiones de eficiencia y porque sienten que en ese momento no necesitan el acompañamiento.

P.- ¿Siente que...? Bueno, pasando ya a otro tema, ¿siente que tiene a alguien que la apoye?

R.- Claro que sí

P.- ¿Sí?, ¿quiénes la apoyan?

R.- ¿Qué?, ¿dentro de la clínica?

P.- De la clínica o fuera, a lo mejor familiares o a lo mejor...

R.- Todos, todos son mi familia y todos los de la clínica, eso sí.

P.- De familia, ¿de quiénes estaríamos hablando?

R.- De mi hermana y de mi hija y mi nieta (risas)

P.- Hermana, hija y nieta. ¿A usted la acompañan a la atención?

R.- Cuando estaba muy grave y eso, sí, pero, casi siempre vengo sola

P.- Ahorita que ya, digamos, ya...

R.- Sí, sí, sí, retomando las cosas, pues, porque, a veces vengo en horas de trabajo, así, nada más salgo, rápido. Yo me organizo para no faltar. (6. Mujer cisgénero, 44 años, 18 años tomando tx ARV, sin ocupación).

P.- ¿Sientes que tienes alguien que te apoye?

R.- Mi mamá...Mis amigas, bueno no todas como tres. Mi familia porque también mis hermanos

P.- Okey ¿Alguien te acompaña a las visitas?

R.- No, yo voy sola. (5. Mujer transgénero, 41 años, 5 años tomando tx ARV, estilista)

De la misma manera, algunas mujeres trans viviendo con VIH comentan que tienen familiares que las apoyan y que las acompañan a las citas de atención médica, especialmente cuando tienen un problema de salud más apremiante. Por ejemplo, dos mujeres trans describieron lo siguiente:

P: Ahora cuéntame, ¿sientes que tienes a alguien que te apoye?

R: Sí.

P: ¿Cómo te apoya?

R: Pues muchos me han apoyado mucho, me llevan a consultas cuando estuve mala y no podía caminar o que me faltaba el aire, me llevaban familiares, estuvieron muy pendiente, o sea sí tengo mucha familia que si tomó las cosas muy a la ligera y pues, - Te vamos a ayudar-.

P: ¿Hermanos?

R: Mis hermanos, mi mamá, mis tías.

P: ¿Primos?

R: Toda mi familia sí se involucró mucho a mi enfermedad, entonces...

P: ¿Alguien que te acompañe aquí a las consultas?

R: Sí, mi abuelita y una tía. (9. Mujer transgénero, 28 años, 2 meses tomando tx ARV, trabajadora sexual)

P.- ¿Tú sientes que algún apoyo, que alguien te apoye?

R.- Mi madre. Mi familia, mi familia.

P.- ¿cómo te apoyan?

R.- Espiritual y echándole ganas.

P.- ¿Alguien te acompaña a la clínica?

R.- No, yo sola. Cuando estuve malita, pues, sí, mi mamá. Pero, yo solita. (10. Mujer transgénero, 37 años, 10 años tomando tx ARV, estilista, promotora, trabajadora sexual)

Algunas adolescentes viviendo con VIH reportan que sus familiares las acompañen a la atención médica. Por ejemplo, una adolescente dijo lo siguiente:

P.-¿Tienes alguien que te apoye? Que tú sientas que te apoye para poder llevar el tratamiento

R.- Mm, pues mi mamá

P.- Tu mami, ah ¿Te acompaña ella aquí a la clínica?

R.- Sí

P.- ¿Alguien más que te apoye?

R.- Antes a la otra a las citas me acompañaban mis primas

P.- Tus primas

R.- Mis primas y mi tía, pero pues mi tía sufrió un accidente y de ahí mis primas me llevaron, bueno mi prima y ya ahí cuando mi mamá no podía mi prima

P.- Tu prima ¿Es más o menos de tu edad tu prima? ¿Es más grande?

R.- No, es mas grande. Tiene treinta y cinco. (3. Mujer adolescente, 15 años, 15 años tomando tx ARV, estudiante)

Algunas mujeres trans también comentan que reciben apoyo de sus familiares, y en muchos casos de amigos y amigas, pero no necesariamente las acompañan a la atención. En diversos casos, el acompañamiento no parece ser algo que desean las mujeres mientras el apoyo a nivel general sí lo consideran muy importante. Al respecto, una mujer trans comentó:

P.- Hablando un poquito como de los apoyos o como del acompañamiento, ¿hay alguien que te apoye, que esté así como de la mano contigo?

R.- Si lo decimos familiar, pues, así como que de la mano, así que vengan y me traigan, no. Ha sido siempre, voluntario, mi propio porvenir, mi propia decisión, mi interés propio. Pero, sí, dentro de la familia conocen, me conocen mi diagnóstico y todos han sido muy respetuosos, desde el primer día que me diagnosticaron, no se me menciona ni como burla ni como juego, ni nada. Simplemente saben que me llegan a preguntar: “¿vas a tu visita?”, “mamá, voy a mi visita” o mi tía algo así: “ah qué bien, que te vaya bien, hijo, que te cuide” y todo eso, “échale ganas” y todo eso y nada más. Es un apoyo moral, pero, así que digamos, que necesito que la compañía, hasta ahorita no necesito la compañía, porque me considero que todavía puedo hacerlo yo.

P.- ¿Siempre has venido tu sola?

R.- Siempre he venido yo sola. (1. Mujer transgénero, 39 años, 7 años tomando tx ARV, comerciante)

Otras mujeres viviendo con VIH perciben que hay varios tipos de apoyo que les ayuda con la adherencia al tratamiento antirretroviral y la constancia al acudir a las citas de atención médica. Esto incluye desde los abrazos hasta el no sentir un rechazo, reproches o críticas cuando la mujer acude a la atención médica. También incluye el que familiares suplan a las mujeres en sus labores de reproducción social (cuidados, trabajo doméstico) cuando acuden a la atención médica es un tipo de apoyo importante, aunque no incluya acompañamiento específicamente.

“R.- Como esta semana he venido tres veces a la, a la clínica, y yo siento apoyo porque al final de cuentas mi sobrino, que es el que se queda con mi papá, pues él se procura. Procura darle de cenar a mi papá mientras yo estoy acá. Y no es que llegue y no, no he hecho nada, sino él está atento, llego y ya, pues ya nomás llego a hacer de comer o de cenar, dependiendo la hora que llegue, y yo siento ese apoyo porque en ningún momento me reprochan ni me dicen nada.... Mi papá sabe mi condición, la mayoría de mi familia sabe la condición, y pues no, no siento rechazo ni mucho menos, al contrario, pues me apoyan mucho, me abrazan mucho, y pues sí, gracias a Dios.

P.- ¿Y sus amigos que ha hecho aquí?

R.- Pues también, por lo regular siempre me están abrazando. (Risas). Y pues me están dando consejos o me están, pues, ahora sí que apoyando, este, en decirme si estoy bien o estoy mal, por ello, por ellos también me dan información y todo eso." (Mujer Cis 5)  
Las mujeres viviendo con VIH mencionaron como una fuente importante de apoyo los grupos de autoayuda que existen en clínicas y hospitales así como en organizaciones de la sociedad civil; amigas y amigos que ha conocido a través de estos grupos también les brindan apoyo.

P.- ¿Hay un grupo de personas con VIH con quien usted comparta experiencias o sentimientos? Me decía que aquí ha hecho amigos. ¿No?

R.- Sí.

P.- Este, ¿cada cuándo se ven? O sea cua.... ¿sólo aquí en la clínica o tienen?

R.- Aquí, solo en la clínica, luego a veces cuando nos visitamos afueras, pero aquí en la clínica hay un grupo de auto apoyo de mujeres, y aquí nos citamos cada ocho días, los miércoles, en el grupo de auto apoyo y este, y ahí es donde tenemos muchas conversaciones y experiencias y todo eso, y en los talleres, eh, últimamente he estado asistiendo a los talleres de Casa de la Sal.

P.- ¿Hablan de usar el tratamiento antirretroviral?

R.- Sí, se habla del tratamiento y de la salud, a partes, tanto sexual como deportiva y familiar, todos los sentimientos, todo eso. (5. Mujer cisgénero, 51 años, 10 años tomando tx ARV, pepenadora)

Algunas mujeres viviendo con VIH, igual que sucedió con las y los prestadoras/es, comentaron que hay situaciones en las cuales el acompañamiento no es algo positivo para ellas. Si la persona que

acompaña a la mujer, usualmente la pareja, la acompaña con el afán de controlarla, no constituye un apoyo. Esto lo describe una mujer de la siguiente manera:

P.-¿Siente que hay alguien que la apoye? O sea que este ahí con usted

R.- No

P.- Mm ah, ¿Alguien la acompaña a las a cuando viene a atenderse?

R.- Mi esposo, pero a mí no me gusta que venga (risas).

P.- ¿Por qué? A ver platíqueme.

R.- Ah porque este, no sé, es muy hostigoso, es muy, entonces no a mí no me gusta porque yo tengo mis cosas que hacer. Él tiene su trabajo deja de trabajar pa' venirse conmigo o sea quiere que andemos juntos para o sea es bueno, pero también no me gusta porque este, a veces yo tengo o quiero hacer otras cosas pues por decirlo ahorita que vengo a esto y a veces es muy difícil él eh, a veces no me quiere dar ni dinero para venir a mis consultas así cuando tengo así de este tipo de situaciones no me dinero no me da ni un peso. (1. Mujer cisgénero , 56 años, 24 años tomando tx ARV, ama de casa)

En la cita anterior, se observa que la mujer que habla quiere controlar su propia atención médica, quiere disponer de su tiempo y organizarse como le parezca mejor. Además, se observa que la pareja ejerce violencia económica en contra de ella; al parecer, lo que rechaza la entrevistada es que se ejerza control sobre ella (y de hecho, violencia). El que las mujeres viviendo con VIH tengan un acompañamiento durante la atención médica que constituya realmente un apoyo el cual que se lleve a cabo en una manera en que ellas lo encuentran aceptable y positiva, es un elemento importante para la adherencia al tratamiento.

#### **Objetivo 5:**

*Elaborar recomendaciones de política pública para el sector salud respecto al fortalecimiento de la adherencia al tratamiento en mujeres con VIH, incluyendo a las mujeres trans.*

**Cuestiones estructurales: vivienda digna, seguridad alimentaria, educación, recursos para transporte.**

- Existen problemas estructurales, en general relacionados con las condiciones de vida de las mujeres, que implican barreras fundamentales a la adherencia al tratamiento antirretroviral

para las mujeres viviendo con VIH. Asimismo, este tipo de problema estructural está determinada por las cuestiones de género; por ejemplo, la falta de recursos económicos se relaciona con la falta de recursos en especie y también con la carga de trabajo que se asigna a las mujeres en cuanto a la reproducción social (cuidado de las hijas e hijos, la familia o redes de parentesco, cuidar a enfermos y personas de la tercera edad, etc.). En cuanto a las barreras estructurales, se requiere un trabajo intersectorial, ya que el sector salud –y mucho menos instituciones de atención específicas- no está en posibilidades de resolver este tipo de problemática. Dos elementos fundamentales en este ámbito son las situaciones precarias de vivienda o falta de acceso a vivienda digna así como la falta de recursos económicos que existe entre muchas mujeres viviendo con VIH, que afecta muchos aspectos de la vida, incluyendo la posibilidad de darles de comer a sus hijos, familias y ellas mismas. Evidentemente, este nivel de falta de recursos imposibilita el que ellas le den prioridad a la adherencia al tratamiento antirretroviral. Aunque no se pueda resolver el problema de raíz de manera inmediata ni a corto plazo, implementar o continuar con programas que resuelven al menos parcial o temporalmente este tipo de problemática pueden constituir apoyos importantes para que se pueda lograr la adherencia. Por ejemplo, los programas de despensas pueden ser de apoyo así como otros tipos de apoyo que permitan lograr una mayor seguridad alimentaria. Más allá de eso, programas para aumentar el acceso al empleo, que en el caso de las mujeres viviendo con VIH incluyan estrategias para mantener la confidencialidad, serían de más amplio impacto. Asimismo, programas o políticas para promover el ejercicio del derecho de las mujeres viviendo con VIH a trabajar sin esconder su diagnóstico también podrían ser de importancia. Por otra parte, en el caso de las mujeres trans, los programas o políticas para apoyarlas en su derecho a participar en diversos empleos, dependiendo de sus capacidades y competencias individuales, eliminando la estigmatización y discriminación que las puede orillar a la realización de solamente una serie sumamente limitadas de opciones de trabajo, algunas de las cuales pueden ser riesgosas para su salud como el trabajo sexual. Finalmente, programas para apoyar a las mujeres viviendo con VIH cuando tienen una situación precaria en cuanto a la vivienda también son necesarias. Albergues para las situaciones críticas o emergencias y otros tipos de apoyo más a largo plazo para tener una vivienda digna serían importantes también.

- Un cambio estructural en cuanto a garantizar mejores niveles educativos en las mujeres podría desembocar en una mejora importante en la adherencia y en general en la salud de las mujeres viviendo con VIH. El nivel educativo de las mujeres fue algo que múltiples

prestadoras/es de atención comentaron como un factor importante para la adherencia, vinculado a otros aspectos estructurales como las condiciones de vida en general, de vivienda, entre otros. Como lo expresó un coordinador de la atención al respecto: “una cosa sí muy ambiciosa pero muy real es que cuando las condiciones de vida y las condiciones sanitarias en general de un grupo poblacional mejoran, mejora su estado de salud, o sea, y mejora el control de las enfermedades, principalmente enfermedades infecciosas como es el caso del, del VIH y otras infecciones relacionadas. Esto, por ejemplo, aplica en tuberculosis, o sea que es una de las enfermedades asociadas al VIH, si las condiciones de vida, de vivienda, etcétera, de la persona son inadecuadas, pues la tuberculosis va a ser muy difícil de erradicar, como otras enfermedades también. Entonces, eeh, digamos, es un cambio estructural, es un cambio enorme, este, pero que sin duda mejora, mejoraría las, las condiciones de vida de, de, del, de las mujeres que viven con VIH y, por lo tanto, su apego al tratamiento, eeh, obviamente esto incluye el nivel educativo de la población.” (Prestador 3)

- El extender programas que existen para otras poblaciones, como el que proporciona incentivos económicos a trabajadores sexuales, para cubrir las necesidades más básicas de las mujeres en situaciones muy precarias, como las que viven en la calle, sería una estrategia que también podría ayudarlas a superar barreras importantes a la adherencia.
- Continuar el apoyo que existe tanto en la Ciudad de México como en los diferentes estados del país en cuanto a distribuir recursos para el transporte de las mujeres viviendo con VIH es una estrategia esencial para apoyar a las mujeres en la adherencia al tratamiento antirretroviral.

#### **Atención coordinada:**

- Lograr que existan equipos multidisciplinarios del personal de salud que colaboren y trabajen en conjunto para promover la adherencia al tratamiento antirretroviral entre las mujeres es fundamental. Dichos equipos multidisciplinarios deben proveer una atención con un enfoque de derechos humanos,\* atención centrada en la persona (con respeto y

---

\* Según la Organización Mundial de la Salud, un enfoque de derechos humanos con relación a la salud implica lo siguiente: “Entender la salud como un derecho humano genera para los Estados la obligación jurídica de asegurar el acceso oportuno, aceptable y asequible a la atención de salud de calidad suficiente, y atender a los determinantes subyacentes de la salud, entre ellos el agua potable, el saneamiento, la alimentación, la vivienda, la información y la educación relacionada con la salud, y la igualdad de género. Un enfoque de la salud basado en los derechos exige que la política y los programas de salud prioricen las necesidades de las personas más rezagadas, con miras a lograr una mayor equidad. Todas las personas deben

sensibilidad) y con base en la evidencia científica. Como lo comentó un coordinador de la atención, se requiere de médicos/as tratantes capacitados/as pero esto es insuficiente, porque “no basta una intervención médica para un bienestar integral. Se requieren equipos de trabajo social, equipos de salud mental, equipos de otra índole que complementen la atención de las mujeres porque muchas veces las problemáticas y las barreras no son estrictamente médicas.” (Prestador 3). Por otra parte, otra prestadora de la atención proporcionó un ejemplo concreto de lo que constituye una atención sin un enfoque de derechos humanos, comentando lo siguiente: “[es esencial] la capacitación al personal, o sea estamos hablando de hasta el guardia de la entrada, la recepcionista o la que está en área de informes, la enfermera o los mismos médicos que estén sensibilizados con el tema [de la atención a las mujeres trans] porque ni siquiera están sensibilizados. La experiencia que hemos tenido aquí, por ejemplo, al principio comencé a enviar a unas mujeres trans que tenían problemas testiculares al servicio de urología, y regresaban muy tristes a la consulta. Le digo [a una de ellas] -¿No fuiste al urólogo?-, -No doctora, porque ni siquiera me dejaron entrar al hospital, o sea, el guardia de la entrada me dijo que hasta que no viniera vestido como un señor decente no me iba a dejar entrar.” (Prestadora 9)

- Un buen sistema de comunicación entre médicos/as y entre diferentes miembros del equipo que atiende a las usuarias viviendo con VIH dentro de la institución médica es algo muy importante para la adherencia. La comunicación entre diferentes profesionales de salud dentro de la institución para saber cuando una usuaria está en peligro de dejar su régimen de tratamiento o de tener una mala adherencia o que tiene efectos adversos causados por el medicamento, es esencial.
- Los sistemas de información dentro de las instituciones médicas deberán actualizarse para incorporar elementos basados en la evidencia desarrollados en diversos sectores de la sociedad (empresa privada, sociedad civil organizada, etc.) y a nivel internacional. Dichos sistemas deberán incluir mecanismos para identificar cuando las usuarias faltan a una cita, no surten una receta médica o en otro aspecto no están teniendo buena retención en la atención (constancia en el uso de la atención médica), y enviar avisos o recordatorios al personal de salud para que procedan al respecto para reintegrar la usuaria a la atención.
- La creación de espacios de trabajo colegiado multidisciplinario donde se aborden las problemáticas de las usuarias viviendo con VIH, para compartir mejores prácticas y llegar a

acuerdos sobre cómo prestar la atención. Dentro de estos espacios, debería haber la oportunidad de aprender sobre la adherencia desde una perspectiva más conductual. Asimismo, que estos espacios permitan discutir, compartir estrategias exitosas, conocer buenas prácticas en cuanto a la adherencia, con una discusión de casos (personas con problemas de adherencia) con profesionales de la salud mental, de trabajo social y de diversas áreas. Ya sea dentro de estos espacios o como una estrategia por separado, otra estrategia importante sería instituir sesiones educativas sobre la promoción de la adherencia para profesionales de la salud, incluyendo especialmente médicos/as. Dichas sesiones deberían constituir espacios donde se pudiera aprender sobre la adherencia con un énfasis especial en los aspectos conductuales, sociales, de género y de otro tipo. Este tipo de sesiones educativas podría tener lugar dentro de la institución médica, en cursos de capacitación o actualización y también en foros científicos tales como congresos o conferencias.

#### **Atención centrada en la persona:**

- Otra estrategia sería que una enfermera o trabajadora social, o un pequeño equipo (un par de trabajadoras o trabajadores de la salud) hicieran visitas domiciliarias. Esto se podría utilizar para mujeres viviendo con VIH con buena adherencia, en cuyo caso se entregarían los medicamentos sin necesidad de una consulta con un especialista en regímenes antirretrovirales, sino que se podría limitar a una consejería básica. En el caso de mujeres viviendo con VIH quienes no han acudido a sus citas y que por ende están teniendo múltiples problemas con la adherencia, el mismo equipo de prestadoras/es de la atención podrían buscar a la usuaria para darle consejería y promover que acudiera a la atención. Un equipo de este tipo podría proveer de recursos para cubrir el costo del transporte de la usuaria a la unidad médica, resolviendo esa barrera. En todos estos casos, probablemente sería óptimo que el personal de salud no utilizara indumentaria médica sin ropa normal y que recibieran capacitación en diversas estrategias para mantener la confidencialidad de las usuarias.
- La existencia de servicios de salud mental y apoyo terapéutico individual y grupal, tanto dentro de las instituciones médicas como en organizaciones de la sociedad civil, es un elemento absolutamente necesario para lograr la adherencia al tratamiento antirretroviral. El que el equipo médico conozca las diferentes opciones que existen y que refiera a las usuarias viviendo con VIH a estos servicios es muy importante.

- Relacionado con lo anterior, el incorporar estrategias eficaces para la detección de situaciones de violencia interpersonal de varios tipos dentro de la vida de las usuarias viviendo con VIH y de referencia y tratamiento de los impactos en la salud física y mental de estas situaciones, así como en lo posible reducir la prevalencia de la violencia contra las mujeres en la sociedad, serían estrategias importantes para resolver barreras significativas a la adherencia al tratamiento antirretroviral. Así como en el caso de las barreras estructurales de tipo económico, la resolución de la problemática de la violencia interpersonal en cuanto constituye una barrera a la adherencia requiere trabajo intersectorial.
- Por otra parte, la capacitación y sensibilización de todo el personal que labora en las instituciones médicas con relación a la no discriminación por la identidad de género o por otras cuestiones de la diversidad sexual podría, de hacerse de una manera efectiva y con técnicas basadas en la evidencia, reducir o eliminar algunas barreras que experimentan las mujeres trans. Esto es importante para el personal médico y también para otros tipos de personal, incluyendo las personas que laboran en la seguridad (y pueden en muchos casos permitir o prohibir hasta la entrada de la mujer trans a la institución médica), recepcionistas y otro personal.
- Ofrecer horarios de atención más amplios y flexibles, al menos en algunas circunstancias, resolvería algunas barreras a la adherencia al tratamiento antirretroviral también. Abrir las unidades médicas algunos sábados o domingos y en turno vespertino podría facilitar el uso de la atención para muchas usuarias viviendo con VIH y así eliminar ciertas barreras.
- Diversos materiales y apoyos que pueden parecer “pequeños” también pueden contribuir en cierta medida a la adherencia al tratamiento antirretroviral entre las mujeres, sobre todo si se utilizan tomando en cuenta las necesidades específicas de cada individuo. Por ejemplo, algunas y algunos prestadoras/es de la atención han recomendado o regalado a las usuarias de la atención los siguientes:
  - paginas de internet con información científica, actualizada y accesible;
  - pastilleros que indican el día de la semana, cuáles medicamentos se toman a qué horas del día o que cubran todo el mes;
  - alarmas (como un simple reloj despertador);
  - calendarios en papel o sencillamente un cuaderno y pluma.
- Existen asimismo ciertas estrategias que también pueden parecer muy sencillas pero que si el personal de salud las implementa, pueden ser de gran utilidad. Unas estrategias de este tipo que utilizan y promueven varias/os de las y los prestadoras/os entrevistadas/os incluyen

tener sesiones en las cuales la usuaria llena el pastillero (dosificador de las pastillas o medicamentos) delante de un/a profesional de la salud, de manera individual o grupal.

- Por otra parte, estrategias que pueden ser de mayor complejidad y requerir de mayores recursos también se deberán explorar para determinar su efectividad y aceptabilidad, como específicamente las intervenciones de apoyo a la adherencia al tratamiento antirretroviral que se proveen a través de los teléfonos celulares. Es importante no obstante estudiar la aceptabilidad entre grupos específicos de mujeres viviendo con VIH que evidentemente tendrán diferentes necesidades y preferencias, y de ser pertinente implementar una estrategia de este tipo, adaptarlo al contexto o la realidad de las personas que utilizarían dicha intervención.
- Se requiere también más investigación y análisis de datos sobre las mujeres viviendo con VIH, desde la perspectiva de género y especialmente desde la perspectiva de la vida cotidiana de las mujeres. Esto podría incluir la realización de nuevos estudios de tipo cualitativo, el análisis de datos epidemiológicos existentes o también el análisis cualitativo secundario de datos generados en investigaciones previas (como las investigaciones realizadas sobre adherencia al tratamiento antirretroviral en por diferentes Institutos Estatales de las Mujeres durante 2018, y otros estudios realizados previamente). Estas investigaciones o análisis secundarios deben ir más allá de la relación entre el personal de salud y la usuaria, e incluso más allá de la perspectiva de los sistemas de salud, para tomar en cuenta a un nivel micro las cuestiones de inequidad de género dentro de la cotidianidad de las mujeres viviendo con VIH y así aportar nuevas aristas.

#### **Actividades grupales:**

- Para mujeres con muy buena adherencia al tratamiento antirretroviral y cuya carga viral está indetectable, se debe de explorar cómo hacer más fácil el uso de la atención médica. Por ejemplo, que este grupo de usuarias pudiera optar por recoger sus medicamentos cada tres meses, en lugar de cada mes; o se podría explorar la opción de que se les mandara por un servicio de paquetería los medicamentos. En algunos contextos, el establecimiento de pequeños puestos o locales en espacios comunitarios (fuera de una institución médica) donde se podría distribuir los medicamentos antirretrovirales previamente recetados podría ser una mejor opción. Esta última alternativa se ha utilizado para la realización de pruebas de detección de VIH y la investigación ha mostrado que cuando se implementa

correctamente, funciona bien y tiene buena aceptabilidad. Este tipo de estrategia podrían facilitar el uso de la atención para estas usuarias; en el caso de las usuarias con buena adherencia, además liberaría el tiempo del personal de salud para concentrarse en la atención hacia mujeres con problemas de adherencia.

- Los programas psicoeducativos y de grupos de ayuda mutua para mujeres cis y trans se deben de organizar, o donde ya existen apoyar, dentro de las instituciones médicas y en organizaciones de la sociedad civil. Esto incluye también programas de acompañantes pares (mujeres viviendo con VIH capacitadas para acompañar a otras usuarias con menos experiencia en el uso de la atención médica). Este tipo de estrategias ayuda a las mujeres a superar diversas barreras a la adherencia al tratamiento así como resolver algunos otros problemas sociales o de salud psicológica. Dichos grupos y programas requieren de diversos tipos de apoyos:
  - que se priorice este tipo de programas –dirigida específicamente a mujeres y mujeres trans, y también adolescentes- dentro de las instituciones médicas;
  - que las instituciones médicas se coordinen con las organizaciones de la sociedad civil para promover los grupos que funcionan en el seno de las segundas;
  - que se proporcione este tipo de estrategia educativa basada en la evidencia científica actualizada en cuanto a enfoques, currículos, actividades y estrategias que han mostrado tener éxito en diversos contextos;
  - que las expertas que coordinen este tipo de programas y grupos sean mujeres viviendo con VIH capacitadas (como las acompañantes pares); y que reciban un sueldo por este trabajo;
  - que este tipo de programa busque empoderar a las usuarias de la atención en cuanto a su responsabilidad en salud con relación a la adherencia.
- Relacionado con lo anterior, la colaboración y coordinación de actividades entre las instituciones médicas que atienden a las usuarias viviendo con VIH con organizaciones de la sociedad civil es una estrategia muy importante para lograr apoyarlas en diversos aspectos. Aprovechar las competencias y capacidades de estas organizaciones permite ayudar a las mujeres a superar diversas barreras a la adherencia al tratamiento antirretroviral así como mejorar la salud física y mental y la situación general de las mujeres viviendo con VIH.
- Los talleres de adherencia que se organizan para usuarias (y usuarios) no fueron reportados por la mayoría de las instituciones incluidas en este análisis; sólo en una institución habían

talleres de adherencia semanales para usuarias y usuarios así como sus familiares con un programa que promovía la asistencia al menos una vez al año a los mismos. Priorizar la creación de este tipo de programa y su desarrollo constante, operado por parte de mujeres viviendo con VIH capacitadas (como las acompañantes pares) y que reciban un sueldo por este trabajo, posiblemente en colaboración con profesionales de la salud capacitados al respecto. El que este tipo de programa sea coordinado por una mujer viviendo con VIH sería importante para apoyar la adherencia al tratamiento antirretroviral en mujeres (y hombres) viviendo con VIH.

- INMujeres, en coordinación con otras dependencias gubernamentales, debe apoyar la creación de organizaciones sociales de mujeres viviendo con VIH. Ellas frecuentemente se encuentran más aisladas que los hombres viviendo con VIH y tienen una carga de trabajo (de reproducción social) mucho mayor que la mayoría de los hombres. Por lo tanto, para ellas ha sido más difícil crear y mantener organizaciones de la sociedad civil enfocadas específicamente en las problemáticas de las mujeres viviendo con VIH. Requieren de apoyo de varios tipos para que puedan crear este tipo de organización.

#### **Condiciones óptimas para un buen desempeño del personal de salud:**

- El que el personal de salud, y en especial las y los médicas/os tratantes, tenga una carga de trabajo (en cuanto al número de pacientes que debe atender al día, en especial) razonable que permita una mejor relación e interacción con las usuarias permitiría superar diversas barreras de distinta índole a la adherencia al tratamiento antirretroviral. Esta problemática subyace a múltiples barreras identificadas en este estudio, relacionadas con la comunicación entre las y los médicos y las usuarias, entre otras cuestiones.
- El que las instituciones médicas tuvieran la posibilidad de asignar profesionales de la salud tales como trabajadoras/es sociales a trabajar con usuarias (mujeres, mujeres trans y adolescentes), sin asignarles una carga de trabajo excesiva con relación a los diferentes grupos de usuarias y usuarios a los cuales debe atender, también permitiría resolver una gran variedad de barreras a la adherencia al tratamiento antirretroviral. Este punto, y el anterior, se relaciona con la carga de trabajo que tienen los y las profesionales de la salud, la cual puede impactar de manera importante en la calidad de la atención.

## **Objetivo 6:**

*Incluir recomendaciones especiales para la atención de las niñas y adolescentes con VIH, ya que tienen menores índices de apego al tratamiento.*

Evidentemente, la gran mayoría si no es que todas las recomendaciones que funcionarían para las mujeres adultas también podrían ser de apoyo para las adolescentes viviendo con VIH. A la vez, existen recomendaciones adicionales específicamente enfocadas en adolescentes.

- Una capacitación específica en la atención para adolescentes viviendo con VIH sería un elemento importante para que el personal de salud pudiera tener mayor éxito y eficacia en apoyarlas para superar las diversas barreras que enfrentan. Dicha capacitación deberá contar con un enfoque de derechos humanos, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes viviendo con VIH. Asimismo, dicha capacitación podría incluir (para ciertos temas) un enfoque conductual y estar enfocada en las características y necesidades de este grupo de edad. Por otra parte, este tipo de capacitación deberá tomar en cuenta tanto las especificidades de las adolescentes con una transmisión vertical del VIH y con una transmisión que ocurrió de manera horizontal. Se requiere capacitación en estos aspectos a diversos profesionistas de la salud, incluyendo médicas/os, enfermeras/os, profesionales de la salud mental, trabajadores/as sociales y otros.
- El tener un programa que provee de apoyo y guíe a las adolescentes viviendo con VIH cuando hacen la transición de una atención pediátrica a la atención como adulta podría resolver diversas barreras importantes que existen para este grupo de edad. Las y los prestadoras/es describieron cómo para las adolescentes esta transición puede ser sumamente complicada y resultar en que abandone la atención la usuaria, ya sea por un periodo de tiempo o permanentemente. Un programa que proporcionara apoyo en este sentido, por ejemplo con una persona que ayude a la adolescente a “navegar” el nuevo sistema de atención, podría ser de ayuda en este aspecto. Un sistema que asegurara la detección muy oportuna de cuando una usuaria adolescente no acuda a las citas médicas, no complete algún trámite, no surta una receta para el tratamiento antirretroviral, podría ayudar al personal de salud apoyar a estas usuarias sumamente vulnerables antes de que progrese la situación. Un componente central de este tipo de programa deberá ser el ofrecerles a las adolescentes el apoyo de acompañantes pares; en este caso podrían ser mujeres

relativamente jóvenes (no necesariamente adolescentes) viviendo con VIH, que tengan mayor experiencia en el uso de la atención médica para VIH y que estén capacitadas; evidentemente, las acompañantes deben recibir un sueldo por este trabajo.

- Tener a un/a profesional de la salud encargada de las adolescentes (o posiblemente de las y los adolescentes) viviendo con VIH, sin una carga excesiva de trabajo con relación a otras poblaciones podría ser otra estrategia que permitiría detectar barreras y problemas y resolverlos oportunamente. Por ejemplo, esto podría implicar que la institución médica tuviera un/a trabajador/a social que se encarga de todas las usuarias adolescentes viviendo con VIH con suficiente holgura en la carga de trabajo para dedicarles tiempo y así apoyarlas.
- Asimismo, permitir una flexibilidad especial para las adolescentes viviendo con VIH en cuanto a trámites, reponer citas perdidas, y otros aspectos administrativos sería de utilidad. Dicha flexibilidad se debería extender a cada vez más usuarias y usuarios, pero si resultara factible empezar con una flexibilidad para este grupo de edad, podría ser positivo para ellas (y posteriormente para todas y todos).
- Por otra parte, se requieren estrategias específicas –basadas en evidencia e innovadoras– para atender la constelación de problemas psicosociales que pueden estar presentes entre las adolescentes viviendo con VIH. Estos problemas pueden existir en mujeres adultas y es esencial atenderlos en ese grupo también; sin embargo, entre las adolescentes dichos problemas –como la depresión, el enojo, la falta de autoestima o de autoeficacia, etc.– pueden ser más difíciles de abordar y tratar. Se requiere buscar alternativas terapéuticas para atender a estos elementos de la salud para poder lograr una óptima salud y específicamente una adherencia adecuada entre las mujeres adolescentes viviendo con VIH.
- Vinculado a lo anterior, el trabajo con las adolescentes viviendo con VIH (así como las adolescentes que no viven con el virus) debe incluir estrategias para lograr la iniciación de la actividad sexual únicamente con el consentimiento de las adolescentes, así como para proveerlas con las herramientas y recursos necesarios para prevenir el embarazo no deseado y no planeado. Asimismo, es necesario proveer a las adolescentes viviendo con VIH con los recursos para retrasar la edad del matrimonio y para construir relaciones de pareja sin

violencia y con equidad. Los recursos que hay que fomentar en las adolescentes incluyen herramientas psicosociales individuales así como el acceso a los anticonceptivos, incluyendo la anticoncepción de emergencia, y el acceso a la interrupción ilegal del embarazo. Este tipo de servicios son necesarios para las adolescentes viviendo con VIH, así como para las que no viven con el virus.

- La colaboración de las instituciones médicas, incluyendo la de las unidades médicas específicas dentro de una institución más amplia, con las organizaciones de la sociedad civil es una estrategia importante para todas las usuarias viviendo con VIH (así como usuarios también) y puede ser de utilidad para lograr la superación de las múltiples barreras importantes que existen para las adolescentes viviendo con VIH también. Las instituciones médicas deberán buscar activamente organizaciones de la sociedad civil que trabajen con adolescentes (incluyendo específicamente adolescentes viviendo con VIH cuando existan) y manejen las problemáticas de este grupo vulnerable, para apoyarse en sus competencias y fortalezas.

## Referencias

1. World Health Organization. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection Recommendations for a public health approach. Second edition. June 2016. Disponible en: <http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>
2. ONUSIDA [sitio en internet]. [Consultado 2018 mayo 20]. Disponible en: <http://www.unaids.org/es>
3. UNAIDS, Miles to go—closing gaps, breaking barriers, righting injustices. julio, 2018. Disponible en: <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/global-aids-update>
4. AIDSinfo. U.S. Department of Health and Human Services. [sitio en internet]. [Consultado 2018 mayo 20]. Disponible en: <https://aidsinfo.nih.gov/understanding-hiv-aids/infographics>
5. Bangsberg DR, Perry S, Charlebois ED, Clark RA, Roberston M, Zolopa AR, Moss A. Non-adherence to highly active antiretroviral therapy predicts progression to AIDS. AIDS. 2001 Jun 15;15(9):1181-3.
6. Mohd Salleh NA, Richardson L, Kerr T, Shoveller J, Montaner J, Kamarulzaman A, Milloy MJ. A Longitudinal Analysis of Daily Pill Burden and Likelihood of Optimal Adherence to Antiretroviral Therapy Among People Living With HIV Who Use Drugs. J Addict Med. 2018 Mar 7.
7. Hotz S, Kaptein A, Pruitt S, Sánchez-Sosa JJ, Willey C. Behavioural mechanisms explaining adherence: What every health professional should know. Adherence to long term therapies: Evidence for action. WHO 2003;135-149.
8. Shah CA. Adherence to high activity antiretroviral therapy (HAART) in pediatric patients infected with HIV: issues and interventions. Indian J Pediatr. 2007 Jan;74(1):55-60.
9. Endalamaw A, Tezera N, Eshetie S, Ambachew S, Habtewold TD. Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy Among Children in Ethiopia: A Systematic Review and Meta-analysis. AIDS Behav. 2018 May 14.
10. Organización Panamericana de la Salud. Experiencias Exitosas en el Manejo de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Latinoamérica. Washington, D. C.: OPS, 2011.
11. Secretaría de Salud. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (Censida). Informe nacional de avances en la respuesta al VIH y el SIDA, México 2016. Versión Preliminar. Enero-Diciembre 2015.
12. ONUSIDA [sitio en internet]. [Consultado 2018 mayo 20]. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/mexico>
13. CENSIDA [sitio en internet]. [Consultado 2018 mayo 20]. Disponible en: <https://www.gob.mx/censida/documentos/epidemiologia-registro-nacional-de-casos-de-sida>
14. Pérez Vázquez H, Taracena R, Magis C, Gayet C, Kendall T. Mujeres que viven con VIH/SIDA y servicio de salud. Recomendaciones para mejorar la calidad de la atención. México, DF: Centro Nacional para la Prevención y el Control del SIDA (CENSIDA). Colección Ángulos del SIDA, 2004.
15. Kendall T, Pérez Vázquez H. Hablan las mujeres mexicanas VIH positivas. Necesidades y apoyos en el ámbito médico, familiar y comunitario. México, DF: Colectivo Sol, A. C., 2004.
16. Jiménez García SE, Loggia Gago SM, Taracena R, Magis C, Gayet C. El trabajo de las parteras sobre VIH/SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual. México, DF: Centro Nacional para la Prevención y el Control del SIDA (CENSIDA). Colección Ángulos del SIDA, 2004.

17. Torres Pereda MP. Mujeres, adolescentes y niñas mexicanas: una mirada comprensiva en torno al VIH y el SIDA. Epidemiología, prevención, atención y mejores prácticas en México. Serie Ángulos del SIDA México: CENSIDA, INMUJERES / INSP, 2010.
18. Ulin PR, Robinson ET, Tolley EE. Investigación aplicada en salud pública Métodos cualitativos. Publicación científica y técnica No. 614. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2006.
19. Byrne MM. Understanding life experiences through a phenomenological approach to research. *Aorn Journal* 2001;73(4):830- 832.
20. Poss JE. Developing a new model for cross-cultural research: synthesizing the health belief model and the Theory of Reasoned Action. *Adv Nurs Sci* 2001;23(4):1–15.
21. Fishbein M, Ajzen I. *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley Publishing, 1975.
22. Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. Thousand Oaks: Sage, 1994.
23. Hammersley M, Atkinson P. *Etnografía: Métodos de Investigación*. Barcelona: Paidós, 1994.
24. Saldaña J. *The coding manual for qualitative researchers*. Londres: Sage, 2009.
25. Ryan GW, Bernard HR. Techniques to Identify Themes. *Field Methods* 2003;15:85-109.
26. Leech NL, Onwuegbuzie AJ. Qualitative Data Analysis: A compendium of techniques and a framework for selection for school psychology research and beyond. *School Psychology Quarterly* 2008;23(4):587–604.
27. Adeniyi OV, Ajayi AI, Ter Goon D, Owolabi EO, Eboh A, Lambert J. Factors affecting adherence to antiretroviral therapy among pregnant women in the Eastern Cape, South Africa. *BMC Infect Dis*. 2018 Apr 13;18(1):175.
28. Baguso GN, Gay CL, Lee KA. Medication adherence among transgender women living with HIV. *AIDS Care*. 2016 Aug;28(8):976-81.
29. Braun HM, Candelario J, Hanlon CL, Segura ER, Clark JL, Currier JS, Lake JE. Transgender Women Living with HIV Frequently Take Antiretroviral Therapy and/or Feminizing Hormone Therapy Differently Than Prescribed Due to Drug-Drug Interaction Concerns. *LGBT Health*. 2017 Oct;4(5):371-375.
30. Buregyeya E, Naigino R, Mukose A, Makumbi F, Esiru G, Arinaitwe J, Musinguzi J, Wanyenze RK. Facilitators and barriers to uptake and adherence to lifelong antiretroviral therapy among HIV infected pregnant women in Uganda: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Mar 21;17(1):94.
31. Chadambuka A, Katirayi L, Muchedzi A, Tumbare E, Musarandega R, Mahomva AI, Woelk G. Acceptability of lifelong treatment among HIV-positive pregnant and breastfeeding women (Option B+) in selected health facilities in Zimbabwe: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2017 Jul 25;18(1):57.
32. Croome N, Ahluwalia M, Hughes LD, Abas M. Patient-reported barriers and facilitators to antiretroviral adherence in sub-Saharan Africa. *AIDS*. 2017 Apr 24;31(7):995-1007.
33. Crosby RA, Salazar LF, Hill BJ. Correlates of Not Using Antiretroviral Therapy Among Transwomen Living with HIV: The Unique Role of Personal Competence. *Transgend Health*. 2018 Aug 1;3(1):141-146.

34. Dowshen N, Lee S, Franklin J, Castillo M, Barg F. Access to Medical and Mental Health Services Across the HIV Care Continuum Among Young Transgender Women: A Qualitative Study. *Transgend Health*. 2017 Jul 1;2(1):81-90.
35. Hornschuh S, Dietrich JJ, Tshabalala C, Laher F. Antiretroviral Treatment Adherence: Knowledge and Experiences among Adolescents and Young Adults in Soweto, South Africa. *AIDS Res Treat*. 2017;2017:5192516.
36. Jalil EM, Wilson EC, Luz PM, Velasque L, Moreira RI, Castro CV, Monteiro L, Garcia ACF, Cardoso SW, Coelho LE, McFarland W, Liu AY, Veloso VG, Buchbinder S, Grinsztejn B. HIV testing and the care continuum among transgender women: population estimates from Rio de Janeiro, Brazil. *J Int AIDS Soc*. 2017 Sep 19;20(1):21873.
37. Johnson MO, Catz SL, Remien RH, Rotheram-Borus MJ, Morin SF, Charlebois E, Gore-Felton C, Goldsten RB, Wolfe H, Lightfoot M, Chesney MA; NIMH Healthy Living Project Team. Theory-guided, empirically supported avenues for intervention on HIV medication nonadherence: findings from the Healthy Living Project. *AIDS Patient Care STDS*. 2003 Dec;17(12):645-56.
38. Mukumbang FC, Mwale JC, van Wyk B. Conceptualising the Factors Affecting Retention in Care of Patients on Antiretroviral Treatment in Kabwe District, Zambia, Using the Ecological Framework. *AIDS Res Treat*. 2017;2017:7356362.
39. Nugroho A, Erasmus V, Coulter RWS, Koirala S, Nampaisan O, Pamungkas W, Richardus JH. Driving factors of retention in care among HIV-positive MSM and transwomen in Indonesia: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2018 Jan 17;13(1):e0191255.
40. Sevelius JM, Carrico A, Johnson MO. Antiretroviral therapy adherence among transgender women living with HIV. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2010 May-Jun;21(3):256-64.
41. Sevelius JM, Saberi P, Johnson MO. Correlates of antiretroviral adherence and viral load among transgender women living with HIV. *AIDS Care*. 2014;26(8):976-82.
42. Xu L, Munir K, Kanabkaew C, Le Coeur S. Factors influencing antiretroviral treatment suboptimal adherence among perinatally HIV-infected adolescents in Thailand. *PLoS One*. 2017 Feb 16;12(2):e0172392.
43. Guía para La Incorporación de la Perspectiva de Género en Programas de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y salud Reproductiva. Secretaría de Salud. Primera Edición, 2010. México, D.F.
44. Lomabardini N, Amuchástegui A. “Ser mujer y vivir con VIH: la voz de las usuarias y las acompañantes pares.” En: Ana Amuchástegui, ed. *Mujeres y VIH en México: Diálogos y tensiones entre perspectivas de atención a la salud*. Universidad Autónoma Metropolitana; Ciudad de México: 2018: 149-168.

#### **Páginas de Internet**

1. diputados.gob.mx [sitio de internet]. Ciudad de México: Honorable Cámara de diputados.; © 2006 [actualizado 2018 agosto 27; consultado 2018 sep 4]. Disponible en: [www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum.htm](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum.htm)
2. smaponline.net [sitio de internet]. Ciudad de México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA.; [actualizado 2014 diciembre 4; consultado 2018 sep 4]. Disponible en: <http://www.smaponline.net/principalSMAP/index.php>

3. diputados.gob.mx [sitio de internet]. Ciudad de México: Honorable Cámara de diputados.; © 2006 [actualizado 2018 junio 21; consultado 2018 sep 4]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
4. diputados.gob.mx [sitio de internet]. Ciudad de México: Honorable Cámara de diputados.; © 2006 [actualizado 2018 junio 22; consultado 2018 sep 4]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
5. cndh.org.mx [sitio de internet]. Ciudad de México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos; © 2010-2017 [actualizado 2018 junio 25; consultado 2018 sep 4]. Disponible en: [http://www.cndh.org.mx/Marco\\_Juridico](http://www.cndh.org.mx/Marco_Juridico)
6. diputados.gob.mx [sitio de internet]. Ciudad de México: Honorable Cámara de diputados.; © 2006 [actualizado 2018 junio 18; consultado 2018 sep 4]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
7. diputados.gob.mx [sitio de internet]. Ciudad de México: Honorable Cámara de diputados.; © 2006 [actualizado 2018 junio 21; consultado 2018 sep 4]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
8. diputados.gob.mx [sitio de internet]. Ciudad de México: Honorable Cámara de diputados.; © 2006 [actualizado 2018 febrero 16; consultado 2018 sep 4]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
9. ordenjuridico.gob.mx [sitio de internet]. Ciudad de México: Secretaria de Gobernación.; [actualizado 2004 enero 19; consultado 2018 sep 4]. Disponible en: [http://www.ordenjuridico.gob.mx/Federal/PE/APF/APC/SSA/Reglamentos/19012004\(1\).pdf](http://www.ordenjuridico.gob.mx/Federal/PE/APF/APC/SSA/Reglamentos/19012004(1).pdf)
10. smaponline.net [sitio de internet]. Ciudad de México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA.; [actualizado 2010 octubre 15; consultado 2018 sep 4]. Disponible en: <http://www.smaponline.net/principalSMAP/index.php>
11. cndh.org.mx [sitio de internet]. Ciudad de México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos; © 2010-2017 [actualizado 2001 febrero 9; consultado 2018 sep 4]. Disponible en: <http://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR12.pdf>
12. evaluacion.ssm.gob.mx [sitio de internet]. Morelos: Secretaria de Salud de Morelos; [actualizado 2015 agosto 12; consultado 2018 sep 4]. Disponible en: [Evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/normateca/NOM-047-SSA2-2015.pdf](http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/normateca/NOM-047-SSA2-2015.pdf)
13. cndh.org.mx [sitio de internet]. Ciudad de México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos; © 2010-2017 [actualizado 2012 octubre 15; consultado 2018 sep 4]. Disponible en: <http://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR26.pdf>
14. cndh.org.mx [sitio de internet]. Ciudad de México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos; © 2010-2017 [actualizado 2012 noviembre 30; consultado 2018 sep 4]. Disponible en: <http://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR18.pdf>
15. [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/equipoMedico/normas/NOM\\_005\\_SSA3\\_2010.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/equipoMedico/normas/NOM_005_SSA3_2010.pdf)
16. ucol.mx [sitio de internet]. Colima: Universidad de Colima; © 2018-2021 [actualizado 2001 octubre 24; consultado 2018 sep 4]. Disponible en: <https://www.ucol.mx/content/cms/13/file/NOM/NOM-197-SSA1-2000.pdf>

17. dof.gob.mx [sitio de internet]. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación; [actualizado 2013 septiembre 12; consultado 2018 sep 4]. Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5313974&fecha=12/09/2013](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5313974&fecha=12/09/2013)
18. dof.gob.mx [sitio de internet]. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación; [actualizado 2012 octubre 21; consultado 2018 sep 4]. Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5278341&fecha=21/11/2012](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5278341&fecha=21/11/2012)
19. cndh.org.mx [sitio de internet]. Ciudad de México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos; © 2010-2017 [actualizado 2009 abril 16; consultado 2018 sep 4]. Disponible en: [www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR19.pdf](http://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR19.pdf)
20. smaponline.net [sitio de internet]. Ciudad de México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA.; [actualizado 2018 mayo 16; consultado 2018 sep 4]. Disponible en: <http://www.smaponline.net/principalSMAP/index.php>
21. cenetec-difusion.com [sitio de internet]. Ciudad de México: Secretaria de Salud.; [actualizado 2018 junio 19; consultado 2018 sep 4]. Disponible en: [www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-245-09/ER.pdf](http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-245-09/ER.pdf)
22. [www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/245-09\\_Antirretrovirales\\_adultos/IMSS-245-09\\_ANTIRETROVIRALES\\_EN\\_ADULTOSRR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/245-09_Antirretrovirales_adultos/IMSS-245-09_ANTIRETROVIRALES_EN_ADULTOSRR.pdf)
23. [www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/196\\_GPC\\_RetroviralesNixos/IMSS-196-10-GER\\_Tratamiento\\_ARV\\_Nixos.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/196_GPC_RetroviralesNixos/IMSS-196-10-GER_Tratamiento_ARV_Nixos.pdf)
24. cndh.org.mx [sitio de internet]. Ciudad de México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos; © 2010-2017 [consultado 2018 sep 4]. Disponible en: [www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/IMSS/Tratamiento%20antirretroviral%20del%20paciente%20pediatrico%20con%20VIH.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/IMSS/Tratamiento%20antirretroviral%20del%20paciente%20pediatrico%20con%20VIH.pdf)
25. sgm.issste.gob.mx [sitio de internet]. Ciudad de México: Instituto de seguridad y Servicios de los Trabajadores del Estado; © 2015 [actualizado 2008; consultado 2018 sep 4]. Disponible en: [sgm.issste.gob.mx/medica/medicadocumentacion/guiasautorizadas/Infectologia/SS-067-08\\_REFERENCIA\\_OPORTUNA\\_PACIENTE\\_INFECCION\\_VIH/SSA\\_067\\_08\\_EyR.pdf](http://sgm.issste.gob.mx/medica/medicadocumentacion/guiasautorizadas/Infectologia/SS-067-08_REFERENCIA_OPORTUNA_PACIENTE_INFECCION_VIH/SSA_067_08_EyR.pdf)
26. smaponline.net [sitio de internet]. Ciudad de México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA.; [actualizado 2011; consultado 2018 sep 4]. Disponible en: <http://www.smaponline.net/principalSMAP/index.php>
27. smaponline.net [sitio de internet]. Ciudad de México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA.; [actualizado 2011; consultado 2018 sep 4]. Disponible en: <http://www.smaponline.net/principalSMAP/index.php>
28. gob.mx [sitio de internet]. Ciudad de México; Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA.; [actualizado 2016 marzo 1º, consultado 2018 sep 4]. Disponible en: [www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/108406/GUIA\\_PVV\\_2016.pdf](http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/108406/GUIA_PVV_2016.pdf)
29. gob.mx [sitio de internet]. Ciudad de México; Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA.; [consultado 2018 sep 4]. Disponible en: [www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/235855/GuiaatencionPsicologica.pdf](http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/235855/GuiaatencionPsicologica.pdf)
30. gob.mx [sitio de internet]. Ciudad de México; Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA.; [actualizado 2009, consultado 2018 sep 4]. Disponible en: [www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/27267/guia\\_enfermeria\\_2a.pdf](http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/27267/guia_enfermeria_2a.pdf)

31. smaponline.net [sitio de internet]. Ciudad de México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA.; [actualizado 2017; consultado 2018 sep 4]. Disponible en:  
<http://www.smaponline.net/principalSMAP/index.php>
32. smaponline.net [sitio de internet]. Ciudad de México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA.; [actualizado 2017; consultado 2018 sep 4]. Disponible en:  
<http://www.smaponline.net/principalSMAP/index.php>
33. smaponline.net [sitio de internet]. Ciudad de México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA.; [actualizado 2017; consultado 2018 sep 4]. Disponible en:  
<http://www.smaponline.net/principalSMAP/index.php>
34. smaponline.net [sitio de internet]. Ciudad de México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA.; [actualizado 2017; consultado 2018 sep 4]. Disponible en:  
<http://www.smaponline.net/principalSMAP/index.php>
35. smaponline.net [sitio de internet]. Ciudad de México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA.; [actualizado 2016 diciembre; consultado 2018 sep 4]. Disponible en:  
<http://www.smaponline.net/principalSMAP/index.php>
36. cndh.org.mx [sitio de internet]. Ciudad de México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos; © 2010-2017 [actualizado 2016 noviembre; consultado 2018 sep 4]. Disponible en:  
[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)
37. cndh.org.mx [sitio de internet]. Ciudad de México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos; © 2010-2017 [actualizado 2017 agosto; consultado 2018 sep 4]. Disponible en:  
<http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/50-Mujeres-VIH-DH.pdf>
38. gob.mx [sitio de internet]. Ciudad de México; Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA.; [consultado 2018 sep 4]. Disponible en:  
[www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/16639/guiaeducadores.pdf](http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/16639/guiaeducadores.pdf)
39. smaponline.net [sitio de internet]. Ciudad de México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA.; [actualizado 2013 diciembre 12; consultado 2018 sep 4]. Disponible en:  
<http://www.smaponline.net/principalSMAP/index.php>
40. smaponline.net [sitio de internet]. Ciudad de México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA.; [actualizado 2014; consultado 2018 sep 4]. Disponible en:  
<http://www.smaponline.net/principalSMAP/index.php>
41. gob.mx [sitio de internet]. Ciudad de México; Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA.; [Actualizado 2013 noviembre; consultado 2018 sep 4]. Disponible en:  
[www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/311015/manual\\_de\\_acceso\\_arv\\_2013.pdf](http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/311015/manual_de_acceso_arv_2013.pdf)
42. gob.mx [sitio de internet]. Ciudad de México; Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA.; [Actualizado 2008 julio; consultado 2018 sep 4]. Disponible en:  
[www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/16859/man\\_proc\\_capasits.pdf](http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/16859/man_proc_capasits.pdf)
43. gob.mx [sitio de internet]. Ciudad de México; Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA.; [Actualizado 2006 noviembre; consultado 2018 sep 4]. Disponible en:  
[www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/16841/man\\_org\\_capasits.pdf](http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/16841/man_org_capasits.pdf)
44. smaponline.net [sitio de internet]. Ciudad de México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA.; [actualizado 2009; consultado 2018 sep 4]. Disponible en:  
<http://www.smaponline.net/principalSMAP/index.php>



## **Glosario de términos**

**ATENCIÓN INTEGRAL:** al manejo médico y psicológico de las consecuencias para la salud de la violencia familiar o sexual, así como los servicios de consejería y acompañamiento.

**DISCRIMINACIÓN:** toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que, por acción u omisión, con intención o sin ella, no sea objetiva, racional ni proporcional y tenga por objeto o resultado obstaculizar, restringir, impedir, menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades, cuando se base en uno o más de los siguientes motivos: el origen étnico o nacional, el color de piel, la cultura, el sexo, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, económica, de salud o jurídica, la religión, la apariencia física, las características genéticas, la situación migratoria, el embarazo, la lengua, las opiniones, las preferencias sexuales, la identidad o filiación política, el estado civil, la situación familiar, las responsabilidades familiares, el idioma, los antecedentes penales o cualquier otro motivo.

**DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER:** Toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera;

**ESTIGMA:** Concepto que se refiere a la metodología y los mecanismos que permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres, que se pretende justificar con base en las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las acciones que deben emprenderse para actuar sobre los factores de género y crear las condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la igualdad de género.

**GÉNERO:** concepto que refiere a los valores, atributos, roles y representaciones que la sociedad asigna a hombres y mujeres.

**IDENTIDAD DE GÉNERO:** La percepción de una persona de ser hombre, mujer, o alguna alternativa de género o combinación de géneros. La identidad de género de una persona puede o no corresponder con su sexo asignado al nacer.

**IGUALDAD DE GÉNERO:** Situación en la cual mujeres y hombres acceden con las mismas posibilidades y oportunidades al uso control y beneficio de bienes, servicios y recursos de la sociedad, así como a la toma de decisiones en todos los ámbitos de la vida social, económica, política, cultural y familiar.

**LGBTTTI:** Forma abreviada que incluye a personas gay, lesbianas, bisexuales, transgénero, transexuales, travesti e intersexuales.

**MUJER CIS (O CISGÉNERO):** Término utilizado para referirse a las personas cuya identidad de género y el género asignado al nacer son concordantes (v.g. personas que fueron asignadas como mujeres al nacimiento y que se identifican como mujeres; hombre cisgénero se aplicaría a personas que fueron asignadas como hombres al nacimiento y que se identifican como hombres).

**MUJER TRANS:** Término utilizado para referirse a las personas trans que se identifican como mujeres (v.g. personas que fueron asignadas como hombres al nacimiento y que se identifican como mujeres).

**ORIENTACIÓN SEXUAL:** La capacidad de una persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual, y de establecer relaciones íntimas y sexuales con individuos de un género diferente al propio (heterosexual), del mismo género (homosexual), con más de un género (bisexual) (The Global Fund, 2009, p. 29), o con independencia del género (pansexual). La orientación sexual representa una característica personal que es independiente de la identidad y de la expresión de género. Por lo tanto, la identidad o expresión de género de una persona no permite hacer inferencias con respecto a la orientación sexual de la misma.

**PERSPECTIVA DE GÉNERO:** Concepto que se refiere a la metodología y los mecanismos que permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres, que se pretende justificar con base en las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las acciones que deben emprenderse para actuar sobre los factores de género y crear las condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la igualdad de género.

**SEXO:** Características biológicas (genéticas, endócrinas y anatómicas) empleadas para agrupar a los seres humanos como miembros ya sea de una población masculina o femenina. Si bien estos conjuntos de características biológicas no son mutuamente excluyentes, [ya que existen gradientes en la forma en que se manifiestan] en la práctica son utilizados para establecer una diferenciación de los humanos dentro de un sistema binario polarizado. Por lo general, se hace una distinción entre características sexuales primarias, es decir, los órganos reproductores de un individuo, y las características sexuales secundarias, es decir, otros rasgos físicos no genitales que diferencian a los machos de las hembras.

**TRANS:** Adjetivo utilizado en este documento como un término general para referirse a personas cuya identidad y/o expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con su sexo asignado al nacer.

**TRANSGÉNERO:** Adjetivo para describir un grupo diverso de personas cuyas identidades de género difieren en diversos grados del sexo que se les asignó al nacer (Bockting, 1999). El término a veces se contrasta con “transexual”. En este caso, “transgénero” se refiere a las personas que no han alterado o que no desean cambiar los caracteres sexuales primarios con que nacieron. Varios grupos de mujeres transgéneros en diferentes países de habla española han comenzado a exigir ser reconocidas como transgéneras, un neologismo que significa el carácter femenino de su identidad. Esta es una afirmación importante, dado que la lengua hispana incorpora el género de una manera muy contundente.

**TRANSEXUAL:** “Adjetivo (aplicado a menudo por la profesión médica) para describir a las personas que buscan cambiar o que han cambiado sus caracteres sexuales primarios y/o las características sexuales secundarias a través de intervenciones médicas (hormonas y/o cirugía) para feminizar o masculinizarse. Estas intervenciones, por lo general, son acompañadas de un cambio permanente en el papel de género.” (Coleman et al., 2011, p. 97)

**TRAVESTI:** Este término es uno de los que más variaciones presenta en la región. En algunos países de Latinoamérica, es utilizado para referirse a las personas asignadas como hombres al nacer que no escatiman esfuerzos para feminizar su cuerpo y su apariencia, y prefieren utilizar pronombres femeninos, sin necesariamente considerarse como mujeres o desear cambiar sus caracteres sexuales primarios natales a través de una cirugía genital (Kulick, 1998)<sup>3</sup>. En otros países, este término sencillamente es sinónimo de travestido.

## Anexo 1

Marco legal alrededor del manejo terapéutico de las personas que viven con VIH.

Documento	Articulado
<b>Ley federal de responsabilidades de servidores públicos</b>	<p>TITULO TERCERO Responsabilidades Administrativas</p> <p>CAPITULO I Sujetos y obligaciones del servidor público</p> <p>ARTÍCULO 47.- Todo servidor público tendrá las siguientes obligaciones, para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que deben ser observadas en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, y cuyo incumplimiento dará lugar al procedimiento y a las sanciones que correspondan, sin perjuicio de sus derechos laborales, así como de las normas específicas que al respecto rijan en el servicio de las fuerzas armadas:</p> <p>I.- Cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión;</p> <p>II.- Formular y ejecutar legalmente, en su caso, los planes, programas y presupuestos correspondientes a su competencia, y cumplir las leyes y otras normas que determinen el manejo de recursos económicos públicos;</p> <p>III.- Utilizar los recursos que tengan asignados para el desempeño de su empleo, cargo o comisión, las facultades que le sean atribuidas o la información reservada a que tenga acceso por su función exclusivamente para los fines a que están afectos;</p> <p>IV.- Custodiar y cuidar la documentación e información que por razón de su empleo, cargo o comisión, conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso, impidiendo o evitando el uso, la sustracción, destrucción, ocultamiento o inutilización indebidas de aquéllas;</p> <p>V.- Observar buena conducta en su empleo, cargo o comisión, tratando con respeto, diligencia, igualdad y sin discriminación a las personas con las que tenga relación con motivo de éste;</p> <p>XI.- Abstenerse de desempeñar algún otro empleo, cargo o comisión oficial o particular que la Ley le prohíba.</p> <p>XII.- Abstenerse de autorizar la selección, contratación, nombramiento o designación de quien se encuentre inhabilitado por resolución firme de la autoridad competente para ocupar un empleo, cargo o comisión en el servicio público.</p> <p>XX.- Supervisar que los servidores públicos sujetos a su dirección, cumplan con las disposiciones de este artículo; y denunciar por escrito, ante el superior jerárquico o la contraloría interna, los actos u omisiones que en ejercicio de sus funciones llegare</p>

a advertir respecto de cualquier servidor público que pueda ser causa de responsabilidad administrativa en los términos de esta ley, y de las normas que al efecto se expidan;

XXI.- Proporcionar en forma oportuna y veraz, toda la información y datos solicitados por la institución a la que legalmente le compete la vigilancia y defensa de los derechos humanos, a efecto de que aquélla pueda cumplir con las facultades y atribuciones que le correspondan.

XXI bis. Las recomendaciones que les presente la institución a la que legalmente le compete la vigilancia y defensa de los derechos humanos, y en el supuesto de que se decida no aceptar o no cumplir las recomendaciones, deberá hacer pública su negativa, fundándola y motivándola en términos de lo dispuesto por el Apartado B, del artículo 102 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y por el artículo 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos;

XXII.- Abstenerse de cualquier acto u omisión que implique incumplimiento de cualquier disposición jurídica relacionada con el servicio público, y

XXIII.- Abstenerse, en ejercicio de sus funciones o con motivo de ellas, de celebrar o autorizar la celebración de pedidos o contratos relacionados con adquisiciones, arrendamientos y enajenación de todo tipo de bienes, prestación de servicios de cualquier naturaleza y la contratación de obra pública, con quien desempeñe un empleo, cargo o comisión en el servicio público, o bien con las sociedades de las que dichas personas formen parte, sin la autorización previa y específica de la Secretaría a propuesta razonada, conforme a las disposiciones legales aplicables, del titular de la dependencia o entidad de que se trate. Por ningún motivo podrá celebrarse pedido o contrato alguno con quien se encuentre inhabilitado para desempeñar un empleo, cargo o comisión en el servicio público, y

XXIV.- La demás que le impongan las leyes y reglamentos.

#### CAPITULO II Sanciones administrativas y procedimientos para aplicarlas

ARTÍCULO 49.- En las dependencias y entidades de la Administración Pública se establecerán unidades específicas, a las que el público tenga fácil acceso, para que cualquier interesado pueda presentar quejas y denuncias por incumplimiento de las obligaciones de los servidores públicos, con las que se iniciará, en su caso, el procedimiento disciplinario correspondiente.

ARTÍCULO 52.- Los servidores públicos de la Secretaría que incurran en responsabilidad por incumplimiento de las obligaciones establecidas en el artículo 47 serán sancionados conforme al presente Capítulo por la contraloría interna de dicha Secretaría. El titular de esta contraloría será designado por el Presidente de la República y sólo será responsable administrativamente ante él.

	<p>ARTÍCULO 53.- Las sanciones por falta administrativa consistirán en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I.- Apercibimiento privado o público;</li> <li>II.- Amonestación privada o pública.</li> <li>III.- Suspensión;</li> <li>IV.- Destitución del puesto;</li> <li>V.- Sanción económica; e</li> <li>VI.- Inhabilitación temporal para desempeñar empleos, cargos o comisiones en el servicio público.</li> </ul> <p>ARTÍCULO 54.- Las sanciones administrativas se impondrán tomando en cuenta los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I.- La gravedad de la responsabilidad en que se incurra y la conveniencia de suprimir prácticas que infrinjan, en cualquier forma, las disposiciones de esta Ley o las que se dicten con base en ella;</li> <li>II.- Las circunstancias socioeconómicas del servidor público;</li> <li>III.- El nivel jerárquico, los antecedentes y las condiciones del infractor;</li> <li>IV.- Las condiciones exteriores y los medios de ejecución;</li> <li>V.- La antigüedad del servicio;</li> <li>VI.- La reincidencia en el incumplimiento de obligaciones; y</li> <li>VII.- El monto del beneficio, daño o perjuicio económicos derivado del incumplimiento de obligaciones.</li> </ul>
<p><b>NORMA Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2014, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Objetivo</li> </ul> <p>Esta Norma tiene por objeto establecer y uniformar los procedimientos y criterios de operación de los integrantes del Sistema Nacional de Salud, en la prevención y el control de las infecciones de transmisión sexual.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>7. Generalidades</li> <li>7.1 Promoción de la Salud.</li> <li>7.1.2 En materia de educación para la salud, las Instituciones del Sistema Nacional de Salud, con la participación que, en su caso, corresponda a las autoridades educativas competentes, deben: <ul style="list-style-type: none"> <li>7.1.2.1 Realizar programas educativos para informar sobre las ITS, sus mecanismos de transmisión, diagnóstico y tratamiento</li> </ul> </li> </ul>

a la población general.

7.1.2.2 Realizar programas educativos para capacitar a los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en ITS que incluyan: la prevención, consejería, mecanismos de transmisión, diagnóstico y tratamiento.

7.1.4 En materia de comunicación educativa, en el ámbito de su competencia, promover la vinculación y participación de los profesionales de la comunicación y de los diversos medios de comunicación, para informar de forma permanente a la población en general sobre el tema de ITS, su mecanismo de transmisión, diagnóstico y tratamiento; así como las alternativas de prevención y control a que se refiere esta Norma.

7.2 Medidas de prevención.

7.2.2 La prevención secundaria debe estar dirigida a:

7.2.2.8 Promover la participación social para:

7.2.2.8.1 Prevenir y eliminar el estigma y la discriminación de que son objeto las personas con alguna ITS;

7.2.4 Los integrantes del Sistema Nacional de Salud, deberán realizar la prueba de detección de sífilis, Hepatitis B y C y VIH, en todas las donaciones de sangre, leche materna, tejidos, órganos y células germinales.

7.2.4.2 Las instituciones del Sistema Nacional de Salud deberán promover y colaborar en la capacitación del personal de salud con objeto de lograr que participen activamente en la prevención, detección oportuna y atención integral de las ITS.

7.2.4.3 El personal de salud promoverá la no automedicación y recomendará el apego a los tratamientos prescritos por el médico especialista; asimismo informará sobre la atención médica integral de seguimiento aun en ausencia de sintomatología y recomendará que se realicen los estudios a las parejas o contactos de las personas afectadas.

7.2.4.4 El personal de salud promoverá la adopción de un estilo de vida saludable con apoyo psicológico si lo amerita el caso, así como, la asistencia a talleres de educación para la salud y atención integral.

7.2.4.5 El personal de salud promoverá las acciones que eviten el uso de drogas, alcohol y tabaco.

7.2.4.6 El personal de salud informará sobre los derechos a los servicios y alternativas de tratamiento que, los establecimientos para la atención médica ofrecen a las personas con sospecha de ITS

7.3 Medidas de control.

7.3.2 Para el manejo de las ITS los objetivos deben orientarse a:

	<p>7.3.2.2 Proporcionar un tratamiento específico, eficaz y oportuno para curar y prevenir las complicaciones asociadas a las ITS.</p> <p>7.3.2.5 El tratamiento para las ITS deberá ser acorde con lo dispuesto en la Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS vigente, disponible para su consulta en página electrónica  <a href="http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/GuiaFEB13CS4.pdf">http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/GuiaFEB13CS4.pdf</a></p>
<p><b>NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.</b></p>	<p>1. Objetivo y campo de aplicación</p> <p>1.1. Esta Norma Oficial Mexicana establece los criterios, especificaciones y directrices de operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, para la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre las condiciones de salud de la población y sus determinantes.</p> <p>6. Componentes de la vigilancia epidemiológica</p> <p>6.2 Vigilancia de la morbilidad</p> <p>6.2.1 Son objeto de la vigilancia epidemiológica las enfermedades transmisibles, no transmisibles, emergentes y reemergentes y neoplasias malignas, más las que consensue el CONAVE y apruebe el Consejo de Salubridad General.</p> <p>6.2.8 Los padecimientos objeto de la vigilancia de la morbilidad son los establecidos en el Apéndice Informativo A de esta Norma.</p> <p>Apéndice informativo A: Infección asintomática por VIH (inmediata semanal)</p>
<p><b>Mujeres y VIH 2016.</b></p>	<p><b>Contexto epidemiológico</b></p> <p>Casos acumulados de VIH y Sida, por sexo: 1983-2016</p> <p>Casos nuevos de VIH y Sida por sexo: 2016</p> <p>Casos acumulados de VIH y Sida, por sexo y grupo de edad: 1983-2016</p> <p>Casos nuevos de VIH y Sida, por sexo y grupo de edad: 2016</p> <p>Cascada de la atención al VIH en México, 2016</p> <p><b>Atención y tratamiento de la infección por VIH</b></p> <p>Personas en TAR a 12 meses de haberla iniciado, por sexo: 2016</p> <p>Supresión viral, por sexo y edad: 2016</p>
<p><b>Cara a cara. Guía</b></p>	<p>Introducción</p>

<p><b>para la implementación de un abordaje preventivo con los principios de la entrevista motivacional.</b></p>	<p>La Guía para la implementación de un abordaje preventivo con los principios de la entrevista motivacional, en adelante Cara a Cara, es un documento que tiene como finalidad principal contribuir a la prevención del VIH enfocada a la población de hombres que tienen sexo con hombres (hsh), hombres trabajadores sexuales (hts) y personas trans (ttt).</p> <p>I. Objetivos</p> <p>Esta guía metodológica tiene como objetivo: Brindar de forma sistematizada los conocimientos y herramientas para la realización de un abordaje preventivo con los principios de la entrevista motivacional.</p> <p>Objetivos de la intervención</p> <p>Objetivo general:</p> <p>Motivar comportamientos saludables o de menor riesgo para adquirir el vih en las poblaciones clave.</p> <p>Población a la que se dirige:</p> <p>Cara a Cara puede ser implementada con personas Usuaris de Drogas Inyectables (udi), Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (hsh), Hombres Trabajadores Sexuales (hts) y Travestis, Transgénero y Transexuales (ttt).</p>
<p><b>La agenda para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH.</b></p>	<p>RESUMEN EJECUTIVO</p> <p>La agenda para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH 2010-2014 (Plan Operativo) apoya la aplicación del Marco de Acción del ONUSIDA: abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH.1 El Marco de Acción se desarrolló en respuesta a la necesidad acuciante de abordar las desigualdades persistentes de género y las violaciones de los derechos humanos, que colocan a las mujeres y niñas en una situación de mayor riesgo y vulnerabilidad al VIH, y que comprometen los logros obtenidos en la prevención de la transmisión del virus y la ampliación del acceso a tratamiento antirretroviral. El Marco de Acción del ONUSIDA da preeminencia a iniciativas en las tres áreas esbozadas más abajo, en las que el ONUSIDA2 y el UNIFEM pueden aportar contribuciones específicas y singulares.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Reforzar la orientación estratégica y el apoyo a los asociados nacionales para que “conozcan su epidemia y su respuesta” con el fin de cubrir eficazmente las necesidades de las mujeres y niñas.</li> <li>☐ Ayudar a los países a asegurar que las estrategias nacionales sobre VIH y desarrollo, planes operativos, marcos de vigilancia y evaluación, y presupuestos asociados tengan en cuenta las necesidades y derechos de las mujeres y niñas en el contexto del VIH.</li> <li>☐ Promoción pública, potenciación de la capacidad y movilización de recursos para proporcionar un conjunto exhaustivo de</li> </ul>

medidas que aborden las necesidades y derechos de las mujeres y niñas en el contexto del VIH

...Aborda los derechos y necesidades de las mujeres y niñas y subraya oportunidades para trabajar con redes de mujeres que viven con el VIH y otros grupos de mujeres, al tiempo que busca la implicación de los hombres y niños, en particular los que trabajan por la igualdad de género.

Aunque se insta a cada país a que identifique acciones pertinentes para su contexto, hay algunas estrategias comunes que pueden deparar resultados en cuanto a las metas del acceso universal y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Entre ellas figuran la potenciación del liderazgo de las mujeres y niñas, especialmente las que viven con el VIH; acceso a servicios integrados de salud sexual y reproductiva y VIH; afrontamiento de la violencia contra las mujeres y niñas; y atención a las necesidades de las mujeres y niñas marginadas.

#### Principios

Esta Agenda para la acción acelerada de los países se fundamenta en seis principios transversales:

Planteamiento basado en los derechos humanos.

Participación.

Respuestas éticas e informadas por la evidencia.

Asociaciones.

Implicación de los hombres y niños.

Liderazgo fuerte y valiente.

#### RECOMENDACIONES

Conocer, comprender y responder a los efectos particulares y diversos de la epidemia de VIH en las mujeres y niñas.

► Recomendación 1. Generar conjuntamente mejor evidencia y mayor comprensión de las necesidades específicas de las mujeres y niñas en el contexto del VIH y asegurar respuestas nacionales al sida, priorizadas y adaptadas, que protejan y promuevan los derechos de las mujeres y niñas (“conozca su epidemia y su respuesta”).

Traducir los compromisos políticos en una acción ampliada que aborde los derechos y necesidades de las mujeres y niñas en el contexto del VIH.

► Recomendación 2. Reforzar la traducción de los compromisos políticos en una acción ampliada y recursos para políticas y programas que aborden los derechos y necesidades de las mujeres y niñas en el contexto del VIH, con el apoyo de todos los

	<p>asociados pertinentes a nivel mundial, nacional y comunitario.</p> <p>Un entorno propicio para el respeto de los derechos humanos de las mujeres y niñas y su capacitación, en el contexto del VIH.</p> <p>► Recomendación 3. Liderazgo firme para crear un entorno propicio que promueva y proteja los derechos humanos y la capacitación de las mujeres y niñas, en el contexto del VIH, mediante actividades de promoción pública, generación de capacidad y asignación de recursos adecuados.</p>
<p><b>Marco Conceptual y bases para la acción: estigma y discriminación relacionados con el SIDA.</b></p>	<p>I. Antecedentes y fundamentos</p> <p>La Campaña Mundial contra el SIDA de los años 2002-2003 se centrará en el estigma, la discriminación y los derechos humanos. El objetivo principal de la campaña es prevenir, reducir y, en última instancia, eliminar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA, dondequiera que se produzcan y en todas sus formas.</p> <p>...El estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA son universales, puesto que tienen lugar en todos los países y las regiones del mundo...</p> <p>...La mayor disponibilidad del tratamiento antirretrovírico puede empezar a modificar profundamente los prejuicios y actitudes arraigados, ya que contribuye a que el VIH/SIDA sea percibido como una enfermedad controlable a largo plazo, haciendo posible que las personas sean más abiertas con respecto a su estado serológico si el acceso al tratamiento es sostenido y está asegurado.</p> <p>Declaración de compromiso de las Naciones Unidas en la lucha contra el VIH/SIDA</p> <p>“El estigma, el silencio, la discriminación y la negación de la realidad, así como la falta de confidencialidad, socavan los esfuerzos de prevención, atención y tratamiento e incrementan los efectos de la epidemia en las personas, las familias, las comunidades y las naciones” (Párrafo 13)</p> <p>“Para 2003, [los países deberían] promulgar, fortalecer o hacer cumplir, según proceda, leyes, reglamentos y otras medidas a fin de eliminar todas las formas de discriminación contra las personas que viven con el VIH/SIDA y los miembros de grupos vulnerables y asegurarles el pleno disfrute de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales, en particular, darles acceso a, entre otras cosas, educación, derecho de sucesión, empleo, atención de la salud, servicios sociales y de salud, prevención, apoyo, tratamiento, información y protección jurídica, respetando al mismo tiempo su intimidad y confidencialidad; y elaborar estrategias para combatir el estigma y la exclusión social asociados a la epidemia” (Párrafo 58).</p> <p>II. ALGUNOS PUNTOS DE PARTIDA</p> <p>...Responder al SIDA con culpa o malos tratos hacia las personas con SIDA sólo sirve para ocultar la epidemia, creando las</p>

condiciones ideales para la propagación del VIH...

---¿qué acciones se necesitan y cuáles deben ser las prioridades? Hay cuatro cuestiones claras:

Primero, necesitamos pensar claramente qué son el estigma y la discriminación, de dónde surgen, en particular los motores culturales y sociales que los impulsan, y qué hacen.

Segundo, necesitamos darnos cuenta de sus vínculos con desigualdades e injusticias más amplias existentes y con la negación de la realización de los derechos humanos y las libertades individuales de los individuos.

Tercero, necesitamos centrar la Campaña Mundial contra el SIDA para que fomente una mayor comprensión sobre cómo el estigma y la discriminación avivan la epidemia, y sobre el papel que un mayor acceso al tratamiento podría desempeñar en la reducción de los prejuicios contra las personas que viven con el VIH/SIDA, de la negación asociada de sus derechos humanos y del abuso de los derechos fundamentales.

Cuarto, resulta crucial establecer objetivos claros para lograr resultados.

III. ¿Qué ES EL ESTIGMA?

IV. DISCRIMINACIÓN

La discriminación se produce cuando se realiza contra una persona una distinción que da lugar a que sea tratada parcial e injustamente por pertenecer, o porque se perciba que pertenece, a un grupo particular.

V. DERECHOS HUMANOS

Como se ha observado, el estigma relacionado con el VIH/SIDA conduce a menudo a la discriminación en razón del VIH/SIDA. Ello, a su vez, lleva a la violación de los derechos humanos de las personas con el VIH/SIDA, de sus familias e incluso de quienes se supone que están infectados, como los miembros de la familia y otras personas relacionadas.

...Los instrumentos internacionales básicos de los derechos humanos prohíben la discriminación en razón de la raza, el color, el sexo, la lengua, la religión, la opinión política o de otro tipo, el origen nacional o social, la propiedad, el nacimiento u otras condiciones.

La Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, en sus resoluciones<sup>19</sup>, ha declarado que la expresión “u otras condiciones” en los diversos instrumentos internacionales de derechos humanos debe interpretarse para que abarque también el estado de salud, incluido el VIH/SIDA. La Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas ha confirmado además que la discriminación a causa del estado con respecto al VIH/SIDA (real o supuesto) está prohibida según las normas

de derechos humanos existentes.

Por lo tanto, la discriminación contra las personas con el VIH/SIDA, o contra quienes se cree que están infectados, constituye una clara violación de sus derechos humanos.

...La obligación de respetar exige que los Estados no discriminen directa o indirectamente en la legislación, la política o la práctica. La obligación de proteger exige que los Estados tomen medidas para impedir la discriminación de terceras partes<sup>20</sup> y la obligación de cumplir exige que los Estados adopten medidas apropiadas, legislativas, presupuestarias, judiciales y de otro tipo, para asegurar que se establezcan estrategias, políticas y programas que hagan frente a la discriminación y garanticen las compensaciones a los que han sido discriminados.

Los mecanismos procesales, institucionales y de vigilancia existen para garantizar la responsabilidad en los planos nacional, regional e internacional. En el plano nacional, incluyen tribunales de justicia, comisiones de derechos humanos, defensores del pueblo, comisiones jurídicas y otros tribunales administrativos.

#### VII. ACCIONES Y RESPUESTAS CON ÉXITO

Enfrentarse a la discriminación

La falta de acceso al tratamiento antirretrovírico es un punto clave que refuerza o fomenta el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA en muchos países.

#### VIII. ALGUNAS ESTRATEGIAS PARA EL ÉXITO

Dado el vínculo íntimo entre el estigma relacionado con el VIH/SIDA, la discriminación y las violaciones de los derechos humanos, son necesarias intervenciones múltiples para enfrentarse a esas cuestiones. El estigma, la discriminación y los derechos humanos pueden utilizarse como puntos de entrada para la labor con éxito. De este modo, deben emprenderse acciones para prevenir el estigma y combatir la discriminación cuando se produce, y para vigilar e indemnizar las violaciones de los derechos humanos.

#### IX. CONCLUSION

La Campaña Mundial contra el SIDA de los años 2002-2002 se centrará en el estigma y la discriminación. El objetivo principal de la campaña es prevenir, reducir y, en última instancia, eliminar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA, dondequiera que se produzcan y en todas sus formas.

El estigma y la discriminación asociados al VIH y el SIDA son los mayores obstáculos para la prevención de nuevas infecciones,

	<p>el suministro de asistencia, apoyo y tratamiento adecuados y la mitigación del impacto.</p> <p>La autoestigmatización o la vergüenza que experimentan las personas con el VIH/SIDA cuando internalizan las respuestas y reacciones negativas de los otros pueden conducir a la depresión, el retraimiento y los sentimientos de inutilidad.</p> <p>La discriminación contra quienes viven con el VIH/SIDA, o se supone que están infectados, constituye una violación de los derechos humanos. Todos los individuos tienen derecho a la igualdad de respeto y dignidad, sea cual sea su estado de salud.</p> <p>La finalidad del presente documento de marco conceptual es:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• alcanzar una comprensión común del estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA;</li> <li>• destacar algunas intervenciones actuales centradas en el estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA;</li> <li>• contribuir a poner a punto sistemas eficaces de prevención del estigma y de oposición a la discriminación cuando ésta se produce, así como de vigilancia y reparación de las violaciones de los derechos humanos.</li> <li>• Este documento se complementará con textos basados en otros temas desarrollados como parte de la Campaña Mundial contra el SIDA, tales como el impacto de los antirretrovíricos en el estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA</li> </ul>
<p><b>Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/SIDA en el sector salud.</b></p>	<p>RESUMEN</p> <p>El presente análisis procura profundizar la comprensión del estigma y la discriminación en relación con el VIH/SIDA en los servicios de salud. Con este fin, primero se examinan los componentes del fenómeno, su interrelación y las lagunas en los conocimientos actuales. En segundo lugar, se comparan estudios sobre el estigma y la discriminación y proyectos destinados a reducir su incidencia y repercusiones. Por último, se esbozan las estrategias para una respuesta integral. La perspectiva es mundial; no obstante, las referencias a América Latina y el Caribe son abundantes.</p> <p>2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA</p> <p>2.1 Estigma y discriminación</p> <p>2.2 Estigma, discriminación y VIH</p> <p>2.2.3 Repercusiones del estigma y la discriminación</p> <p>2.3 Alcance del estigma y la discriminación</p> <p>En la actualidad, se está tratando de estandarizar el análisis del estigma y la discriminación. ONUSIDA (ONUSIDA, 2002c) ha propuesto indicadores para medir la discriminación legislativa y comunitaria en una amplia variedad de medios sociales,</p>

incluidos la atención de salud, el empleo y el proceso legal

Componentes del marco de referencia

A DISCRIMINACIÓN EN LA LEGISLACIÓN

B DISCRIMINACIÓN EN LA COMUNIDAD

C ESTIGMA

D ESTIGMA EXPERIMENTADO

E ESTIGMA PERCIBIDO

F SALUD PERSONAL Y PÚBLICA

G DERECHOS HUMANOS

H CONOCIMIENTOS/ (falta de) INFORMACIÓN

I ACTITUDES DISCRIMINATORIAS

J COMPORTAMIENTOS DISCRIMINATORIOS

3. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: UNA PERSPECTIVA MUNDIAL

3.1.4 Fracasos institucionales:

- Limitación de recursos humanos y financieros
- Falta de curación o falta de tratamiento disponible para el VIH/SIDA
- Falta de equipo de protección y otros suministros para la salud
- Falta de apoyo para los trabajadores de salud con el VIH/SIDA o en riesgo de contraerlo
- Falta de un ambiente y una infraestructura que satisfagan las necesidades de los pacientes y de los trabajadores de salud

3.1.5 Agotamiento

Los trabajadores de salud que atienden pacientes con afecciones crónicas mortales como el cáncer y el VIH/SIDA con frecuencia sufren de agotamiento, desgaste que también se conoce como fatiga o fatiga de compasión. El agotamiento se puede definir como desánimo durante la etapa terminal en relación con el trabajo realizado y tiene tres componentes: agotamiento emocional, despersonalización y una sensación decreciente de logro personal. Las actitudes de los trabajadores

de salud agotados acerca de sus pacientes son más negativas o cínicas y este desgaste puede afectar el funcionamiento de la organización, ya que produce síntomas y reduce el desempeño laboral de los empleados

### 3.2 Experiencias de los pacientes

Las acciones discriminatorias y la falta de acción informada en los establecimientos de salud son:

- Tratamiento tardío
- Retención del tratamiento
- Tratamiento administrado en forma no inapropiada
- Retraso o retención de otras formas de atención (por ejemplo, presentación de los alimentos, higiene)
- Egreso prematuro
- Objeción a ingresar a los pacientes en el establecimiento de salud
- Falta de atención a los pacientes en cama
- Falta de atención a los pacientes en los consultorios ambulatorios
- Pruebas realizadas sin el consentimiento del paciente
- Violación de la confidencialidad dentro del sistema de salud
- Violación de la confidencialidad fuera del sistema de salud
- Incapacidad para diagnosticar el cuadro clínico del SIDA<sup>12</sup>
- Ineptitud para dar la noticia del resultado VIH positivo
- Observaciones inapropiadas
- Comportamiento inapropiado (por ejemplo, gritos, groserías, etc.)
- Uso a discreción de precauciones teóricamente universales
- Uso de excesivas precauciones

## 5. LUCHA CONTRA LA DISCRIMINACIÓN EN EL SECTOR DE LA SALUD: LECCIONES APRENDIDAS

### 5.1. Trabajadores de salud

...varios factores son indispensables para lograr reducir las actitudes discriminatorias de los trabajadores de salud: a)

conocimientos claros sobre los medios como se transmite y no se transmite el VIH; b) habilidad para interactuar adecuadamente con los pacientes; c) contacto regular con las personas con el virus; d) técnicas para evitar el agotamiento, y e) conocimiento de las normas sobre los derechos humanos que protegen a los pacientes con el VIH/SIDA y las consecuencias de violar estas normas. Los cursos de capacitación son el mecanismo primario para impartir conocimientos y enseñar aptitudes, pero necesitan descansar en cambios institucionales...

...Según las encuestas relacionadas con los informes citados, y otros, las críticas son las siguientes<sup>16</sup>:

- Falta de observación directa del comportamiento de los trabajadores de salud
- Poblaciones destinatarias pequeñas;
- Diferentes medidas empleadas para evaluar las actitudes discriminatorias<sup>17</sup>;
- Falta de evaluación de los resultados de las intervenciones a largo plazo;
- Resultados mixtos, incluso cambios superficiales en las actitudes basadas en mayor conocimiento, pero pocos cambios en los temores arraigados
- Retraso en la información<sup>18</sup>;
- Exclusión de circunstancias particulares que no son generales para todas las comunidades, por ejemplo, la disponibilidad o carencia de tratamientos antirretrovirales, y
- Exclusión de determinados elementos de discriminación, como discriminación contra las mujeres, hombres homosexuales y consumidores de drogas inyectables.

### 5.3 Legislación

Según el ONUSIDA, las actividades para combatir el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA “parecen condenados al fracaso a falta de un marco legal propicio... Las intervenciones contra la discriminación tienen que realizarse en forma simultánea con el establecimiento de un marco legal favorable que comprenda leyes genéricas antidiscriminación que cubran la atención de salud [y otros medios sociales]”

### 5.5 Problemas pendientes:

- Resultados mixtos: no todos los programas de capacitación tienen repercusiones importantes en los conocimientos y las actitudes.

- Género: Pocas intervenciones parecen haber atendido o distinguido claramente entre las diferentes formas en las cuales el estigma y la discriminación afectan a) las mujeres, b) los hombres que sólo tienen relaciones sexuales con mujeres y c) los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- Tamaño: Aun cuando ha habido algunas intervenciones a gran escala dirigidas al público en general, casi todas se realizan en los servicios de salud y se han proyectado para audiencias pequeñas.
- Evaluación y sostenibilidad: Pocas intervenciones se han estudiado después de un año de finalizar.
- Tratamientos antirretrovirales: Las repercusiones de la disponibilidad de los medicamentos antirretrovirales no parecen haberse estudiado ni tenerse en cuenta hasta la fecha.

## 6. ESTRATEGIAS

Una respuesta eficaz al estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA en los servicios de salud exige una estrategia bien concebida y la cooperación de todos los interesados, incluido el personal de los servicios de salud, los administradores de dichos servicios, las autoridades locales y nacionales, las personas con VIH/SIDA y las organizaciones no gubernamentales concernientes.

### 6.2 Intervenciones

Los proyectos cuyo objeto es reducir el estigma y la discriminación en los servicios de salud se deben sustentar en los principios<sup>20</sup> siguientes:

Conceptos centrales

Necesidades de planificación

Metas posibles

Grupos destinatarios

Asociaciones

Metodologías y actividades

### 6.3 Enfoque multisectorial

Si bien es cierto que hasta cierto punto se pueden reducir el estigma y la discriminación aisladamente en los establecimientos de salud, es mucho más probable que las intervenciones surtan efecto cuando forman parte de acciones comunitarias de más envergadura. En la medida de lo posible, hay que contar con la participación de las estructuras de los gobiernos nacionales y

	<p>locales, el sector privado, las organizaciones religiosas, los medios de comunicación, etc.</p> <p>...La legislación debe proteger los derechos humanos básicos, estableciendo mecanismos nacionales de monitoreo que incluyan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulación de políticas y legislación para proteger a las personas con VIH/SIDA, incorporando los estándares internacionales y las normas sobre derechos humanos</li> <li>• Formulación y establecimiento de mecanismos de monitoreo nacionales para los derechos humanos y discriminación que funcionarán a través de la Oficina del Mediador o de otros cuerpos domésticos que regulan los derechos humanos</li> <li>• Difusión de las normas internacionales sobre los derechos humanos que protegen a las personas con VIH/SIDA de la discriminación y de otras formas de violación de los derechos humanos</li> <li>• Difusión entre las personas con VIH/SIDA, familiares, organizaciones no gubernamentales de información relacionada con los mecanismos internacionales disponibles ante las comisiones de derechos humanos y tribunales.</li> </ul>
<p><b>Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe.</b></p>	<p>1. PREÁMBULO Y ANTECEDENTES</p> <p>...Las personas trans tienen necesidades de salud tanto generales como específicas, y el acceso a los servicios competentes para hacer frente a éstas ha sido muy limitado. Entre las necesidades generales está la atención primaria básica, incluida la salud sexual que tome en cuenta la diversidad de las identidades de género, las expresiones de género, la anatomía, la sexualidad y las prácticas sexuales que se encuentran en esta población.</p> <p>...Su propósito es proporcionar orientación para mejorar el acceso a una atención primaria y especializada para las personas trans en Latinoamérica y el Caribe.</p> <p>2. INTRODUCCIÓN</p> <p>Por un lado, las necesidades y demandas de las personas trans han sido tradicionalmente desatendidas por los prestadores de servicios de salud, lo que lleva a una carencia de servicios de salud adecuados. Al mismo tiempo, las personas trans se enfrentan a altos niveles de transfobia en la forma de discriminación, estigmatización, violencia, enjuiciamiento e, incluso, extorsión por parte de las autoridades locales<sup>2</sup>. Esta situación contribuye de forma directa y significativa a su vulnerabilidad, y crea obstáculos al acceso a los servicios de salud.</p> <p>3. TERMINOLOGÍA, DEFINICIONES Y DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN</p> <p>Definiciones útiles</p>

Sexo

Sexualidad

Identidad de género(s)

Orientación sexual

Trans

#### 4. SITUACIÓN DE LA SALUD DE LAS PERSONAS TRANS EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE

##### 4.1 Indicadores de salud relevantes y los datos existentes

Los principales problemas de salud documentados hasta la fecha incluyen:

•• Altos niveles de exposición a violencia verbal, emocional y física, incluyendo ataques fatales (crímenes de odio);

• Alta frecuencia de problemas relacionados con la salud mental por causas exógenas;

•• Alta tasa de prevalencia de VIH y otras infecciones de transmisión sexual;

•• Alto consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas;

•• Efectos negativos de hormonas auto administradas, inyecciones de relleno de tejidos blandos y otras formas de modificaciones corporales, incluyendo complicaciones por malas intervenciones de reasignación de sexo; y

•• Problemas de salud reproductiva.

##### 4.1.3 VIH y otras ITS

...Una de las razones de la falta de información es el hecho de que las mujeres trans, a menudo, han sido incluidas en la categoría estadística de hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Esta práctica no sólo no reconoce, en un nivel fundamental, la identidad de las mujeres trans, sino también invisibiliza la especial vulnerabilidad de esta población. La prevalencia de VIH entre las mujeres trans pueden ser hasta 40 veces superior a la prevalencia entre la población general, y hasta el doble de la prevalencia entre hombres que tienen sexo con hombres.

##### 4.2 Vacíos de conocimiento en información estratégica

Las debilidades en la recolección de datos incluyen: el bajo acceso de los investigadores a la población, la ausencia de redes comunitarias cohesivas dentro de la población, la falta de redes de salud efectivas al igual que servicios de salud apropiados, desacuerdos con la terminología utilizada para referirse a la población.

...Algunos de los principales vacíos en el conocimiento son los siguientes:

- a) Número y datos demográficos (edad, área o zona de residencia, etnicidad, educación, filiación religiosa, ocupación) de la población trans de la región.
- b) Epidemiología integral y sistemática referente a asuntos y problemas de salud.
- c) Prevalencia de riesgos por comportamiento.
- d) Predictores de riesgo y resiliencia (que es la capacidad de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas).
- e) Intervenciones efectivas de prevención.
- f) Acceso, oferta y utilización de servicios de atención a la salud apropiados.
- g) Mapeo de los factores de riesgo estructurales y formas efectivas de hacerles frente.

## 5. DETERMINANTES DE LA SALUD Y OBSTÁCULOS SOCIOCULTURALES, LEGALES Y ESTRUCTURALES A LA ATENCIÓN INTEGRAL

### 5.1 Valores, estigma y otros determinantes de la salud

#### 5.1.1 El estigma de la psicopatologización

Declaración de WPATH sobre la despatologización de la variación de género

“El Consejo de Directores de WPATH insta enérgicamente a la despatologización de la variación de género en todo el mundo.

### 5.2 Obstáculos socioculturales, legales y estructurales a la atención de la salud

#### 5.3 El papel de los sistemas educativos

#### 5.4 El papel de los sistemas de salud

...Las instituciones públicas y los recursos se organizan, a menudo, en formas que no abordan adecuadamente las necesidades y demandas de las personas trans. Por lo tanto, los principales propósitos de los sistemas de salud –la buena salud y la contribución financiera justa para asegurar y mantener los más altos niveles posibles de la atención dispensada a través de programas y servicio– siguen sin cumplirse en lo que respecta a esta población.

El goce del derecho a la salud presupone la convergencia de los siguientes elementos esenciales: (a) disponibilidad, (b) accesibilidad, (c) aceptabilidad, y (d) calidad. Estos elementos están relacionados entre sí y son legalmente exigibles<sup>14</sup>.

La resolución CD 50 R.8 “Salud y Derechos Humanos” de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) reitera el apoyo permanente de los Estados miembros de la OPS con la cooperación técnica en la

formulación, revisión y, si es necesario, la reforma de planes nacionales de salud, las políticas y la legislación, la incorporación de los instrumentos internacionales aplicables de derechos humanos, especialmente los relacionados con la protección de los grupos en situación de vulnerabilidad, incluyendo las poblaciones trans.

#### 5.7 La situación de las personas trans privadas de libertad

##### 5.7.2 Acceso a la atención de la salud en condiciones de detención y prisión

En cuanto al acceso a la atención de la salud, la situación de las personas trans en prisión se ve afectada por el hecho de que los niveles de prestación de servicios de salud en las instituciones penales es, a menudo, insuficiente e inferior al nivel disponible para las personas que viven en libertad. La detención y el encarcelamiento, aunque sean temporales, no deben menoscabar el acceso a los servicios generales de salud o dar lugar a retrasos o interrupciones en el tratamiento. El acceso de la población privada de libertad al tratamiento y la atención adecuada y oportuna del VIH representa un objeto de especial preocupación. El tratamiento y atención del VIH deben estar plenamente integrados en los servicios de atención primaria de salud prestados en las instituciones penales. Esto significa que deben existir servicios de consejería calificados in situ, y que los sistemas de salud pública deben garantizar la disponibilidad de los fármacos dentro de las cárceles, sin el requisito de que las personas viajen a clínicas especializadas con el fin de inscribirse en un programa de tratamiento.

### 6. INCIDENCIA Y DEFENSA, POLÍTICAS PÚBLICAS, CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN

#### 6.1 Estrategias para la incidencia y defensa en las políticas públicas

La incidencia y defensa en las políticas públicas son clave para prevenir y combatir el estigma social, la discriminación, así como para mejorar el acceso a la atención y promoción de los derechos humanos de la población trans en la región. La creación de alianzas robustas entre las comunidades trans, los proveedores de salud capacitados y sensibilizados, los científicos, los responsables de las políticas, y otras partes interesadas para promover dicho cambio son requisitos necesarios para la acción.

##### 6.1.1 Participación y empoderamiento de la comunidad

##### 6.1.2 Alianzas

#### 6.2 Los derechos humanos y las políticas públicas

##### 6.2.1 Los instrumentos de derechos humanos como base para la legislación

...El 15 de junio de 2011, por primera vez en su historia, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas adoptó una resolución que demanda un estudio “para documentar las leyes y prácticas discriminatorias y actos de violencia contra

individuos en base a su orientación sexual e identidad de género, en todas las regiones del mundo, y para evidenciar cómo la legislación internacional de derechos humanos puede ser utilizada para poner fin a la violencia y las violaciones a los derechos humanos relacionadas con la orientación sexual e identidad de género.”

La Organización de Estados Americanos (OEA) ha venido tomando medidas desde 2008 para asegurarse de que los Estados miembros protejan a las personas LGBTI de la discriminación sobre la base de la identidad de género, expresión de género y orientación sexual.

Dando un paso más en la protección de las personas LGBTI de la discriminación sobre la base de la identidad de género, expresión de género y orientación sexual, la OEA aprobó la resolución “Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad de Género” (AG/RES. 2653) en el año 2011.

La siguiente es una lista no exhaustiva de los tratados y las declaraciones de derechos humanos que pueden orientar la formulación de políticas y leyes para proteger a las personas trans...

### 6.3 Educación y capacitación de los proveedores de salud integral

La atención de la salud de personas trans requiere un conjunto de habilidades, actitudes y comportamientos adecuados que definen la diferencia entre servicios de alta calidad y servicios deficientes. No basta con tener el conocimiento acerca de las condiciones específicas de salud. Los programas existentes de educación y capacitación para proveedores y personal de salud (médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, dentistas, recepcionistas, farmacéuticos, laboratoristas, etc.) deben integrar la competencia cultural a los fundamentos de la atención específica para las personas trans.

## 7. ATENCIÓN, PREVENCIÓN Y APOYO INTEGRALES

### 7.1 Infraestructura y ámbitos; coordinación de la atención

Cuando son consultados o tratan personas trans, los proveedores de salud deben adherirse a los dos siguientes principios fundamentales:

1. Respetar la identidad de género preferida por la persona consultante y utilizar los nombres, pronombres y terminología que la persona prefiera.
2. No tratar a la persona trans como si sólo fuera un cuerpo. El profesional debe respetar la identidad de género de la persona que consulta, independientemente de su apariencia física.

### 7.2 Recepción, primer encuentro y evaluación clínica inicial

#### 7.4 Pruebas, consejería y tratamiento de VIH e ITS

El acceso y la adherencia al tratamiento del VIH y las ITS son limitados. Esto puede estar relacionado a la falta de cobertura de atención de la salud, al evitar la atención médica debido a la falta de proveedores culturalmente competentes, o a ideas erróneas acerca de la interferencia del tratamiento del VIH con la atención médica específica para las personas trans (terapia hormonal o cirugías). Las personas trans con VIH deben ser animadas a acceder y cumplir con el tratamiento del VIH y de las ITS, que podría facilitarse mediante la combinación de este tratamiento con la terapia hormonal deseada, lo que es una prioridad para muchas personas trans.

#### 7.5 Atención de los problemas referentes a la salud mental

#### 7.6 Uso y adicción a alcohol y otras sustancias

#### 7.7 Enfrentando el estigma, la discriminación y la violencia, y la promoción de la resiliencia

### 9. RECOMENDACIONES

#### Recomendaciones para gobiernos

••• Emprender revisiones y reformas legales que garanticen el acceso a la salud y protección de la vida de las personas trans, así como el goce pleno de derechos ciudadanos en todos los ámbitos públicos y privados.

• Tomar medidas y emprender campañas con el propósito de prevenir y reducir el estigma, la discriminación y la violencia (verbal, emocional, sexual y física) en contra de las personas trans.

••• Asegurar la existencia de legislación o regulación que penalicen a personas que discriminen o agredan a las personas trans.

• Asegurar que los sistemas públicos de atención a la salud integral provean servicios de calidad que sean aceptables y accesibles para las personas trans.

••• Garantizar el acceso a la atención de la salud integral para personas trans privadas de libertad.

#### Recomendaciones para formuladores de políticas y tomadores de decisiones dentro del sector de la salud

••• Crear políticas públicas que garanticen una atención integral a las personas trans y explicitar reglas y procedimientos para implementarlas.

••• Reconocer el impacto negativo de la transfobia en la provisión de servicios de salud de calidad y definir regulaciones dirigidas a prevenirla y enfrentarla.

••• Asegurar que la provisión de atención a personas trans sea integral y no solamente limitada a VIH y otras ITS, sino que

tomen en cuenta todas las áreas relacionadas con el bienestar individual y comunitario a través de la capacitación y sensibilización del personal de salud y la difusión de los servicios.

ÿ Asegurar que las recomendaciones en materia de atención integral de la salud de personas trans se basen tanto en evidencia como en las necesidades que las personas trans manifiestan.

Recomendaciones para responsables por la provisión de servicios públicos y privados en todos los sectores

ÿÿ Implementar y aplicar políticas contra estigma y discriminación por identidad de género, respetando las diversas orientaciones sexuales.

ÿÿ Implementar y aplicar políticas de cero tolerancia a la transfobia (y homofobia) en los servicios públicos.

ÿÿ Implementar medidas para asegurar respeto por el uso de un nombre social o preferido y diferente de la documentación civil o legal de la persona.

ÿÿ Implementar mecanismos de seguimiento de casos entre servicios diversos, observando principios de eficiencia y confidencialidad.

ÿÿ Implementar políticas de compensación que tomen en cuenta las desventajas que experimentan las personas trans.

Recomendaciones para personal de salud

ÿÿ Desarrollar las habilidades técnicas y la competencia cultural necesarias para proveer servicios adecuados de promoción de salud, prevención, tratamiento, seguimiento y apoyo a personas trans.

ÿÿ Responder a las demandas de atención de salud de personas trans, brindando los estándares más altos posibles de atención.

ÿÿ Asegurar que las personas trans sean tratadas con debido respeto, usando el nombre de su preferencia y los pronombres correspondientes a su identidad de género.

ÿ Diseñar y organizar servicios sanitarios y otros espacios (vestidores, salas de internación) de tal manera que las personas trans los puedan usar de acuerdo a su identidad de género, incluyendo la internación de pacientes de acuerdo a su identidad de género.

ÿ Garantizar condiciones apropiadas de salud para las personas trans en situación de detención.

Recomendaciones para miembros de la Academia y de asociaciones profesionales

ÿ Intensificar la investigación dirigida a expandir el conocimiento acerca de las poblaciones trans, sus necesidades, demandas,

problemas comunes y determinantes sociales de salud.

ÿ Implementar programas de inclusión y respeto a los derechos humanos de las personas trans.

ÿ Cerrar brechas en investigación biomédica, por ejemplo, en lo referente al uso de hormonas de manera concurrente con ARV o los efectos secundarios asociados con la administración de hormonas y la inyección de sustancias de relleno de tejidos blandos

Recomendaciones para organizaciones bilaterales y multilaterales

ÿ Establecer alianzas para sinergizar iniciativas y acciones dirigidas a lograr beneficios para poblaciones trans.

ÿÿ Promover y apoyar esfuerzos mundiales, regionales, nacionales y locales dirigidos a educar en materia de diversidad sexual y de género de manera integral con el fin de erradicar la transfobia y toda forma de odio, marginación o intolerancia.

ÿÿ Destinar recursos dirigidos al desarrollo de capacidades necesarias para atender las necesidades de personas trans en el sector de la salud y otras áreas de política pública, inclusive la legislación y la aplicación de la ley.

Recomendaciones para líderes y miembros de organizaciones de base comunitaria

ÿ Establecer alianzas para potencializar esfuerzos y optimizar recursos para actividades dirigidas a mejorar la salud integral y calidad de vida de personas trans.

ÿ Proclamar y abogar por el respeto a la dignidad humana.

ÿ Participar en comisiones legislativas de salud a nivel estatal, provincial o departamental y nacional, a fin de asegurar una provisión equitativa, apropiada y accesible de servicios de atención integral de la salud, educación y justicia del más alto nivel de calidad posible.

ÿ Promover una cultura de denuncia de las violaciones de derechos y abusos en todos los niveles, inclusive los perpetrados por familiares y parejas de personas trans.

Recomendaciones para parejas, familiares y allegados de personas trans

ÿÿ Reconocer y denunciar a las autoridades competentes cualquier manifestación de acoso, violencia, explotación sexual, hostigamiento y discriminación en hogares y escuelas, servicios de atención de salud, espacios de trabajo y otros lugares públicos.

ÿ Buscar consejo profesional y/o grupos comunitarios de pares para poder brindar apoyo adecuado a personas trans que experimentan problemas o preocupaciones personales.

	<p>Proteger a familiares y personas allegadas trans de toda forma de maltrato, así como de las llamadas “terapias reparativas” o de cualquier otro enfoque potencialmente dañino para la salud, el bienestar y la dignidad humana.</p> <p>• Fomentar el apoyo a aquellos miembros de la familia que ofrezcan mayor solidaridad a la persona trans.</p>
<p><b>Prevención y tratamiento de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero. Recomendaciones para un enfoque de salud pública.</b></p>	<p>RESUMEN</p> <p>...Aunque pueden indicarse las mismas intervenciones básicas de prevención de la infección por el VIH y otras ITS para los dos grupos, los profesionales de la salud deben evitar fusionar los dos grupos y, en su lugar, trabajar para entender de una forma más específica las necesidades de cada colectivo.</p> <p>A pesar de la fuerte repercusión de la epidemia de infección por el VIH sobre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero, no se han formulado hasta la fecha recomendaciones técnicas para orientar la respuesta de los sistemas de salud a la epidemia que afecta a estas personas.</p> <p>Recomendaciones sobre derechos humanos y la no discriminación en la atención de salud</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los legisladores y otras autoridades de gobierno deberían promulgar y hacer cumplir leyes antidiscriminatorias y de protección, con base en las normas internacionales sobre los derechos humanos, a fin de eliminar el estigma, la discriminación y la violencia que enfrentan los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero y reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH y las repercusiones del VIH y el sida.</li> <li>2. Los servicios de salud deberían incluir a los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero, en razón de los principios de la ética médica y el derecho a la salud.</li> </ol> <p>Recomendaciones sobre la prevención, asistencia y tratamiento de la infección por el VIH*</p> <p>Atención y tratamiento de la infección por el VIH</p> <p>1. ANTECEDENTES</p> <p>Definiciones</p> <p>Transgénero es un término general que se utiliza para referirse a las personas cuya identidad y expresión de género no se ajustan a las normas y expectativas asociadas tradicionalmente con el sexo que se les ha asignado al nacer. Las personas transgénero pueden autoidentificarse como transgénero, femenina, masculina, transmujer, transhombre, transexual, hijra, kathoey, waria o uno de muchas otras identidades transexuales, y pueden expresar sus géneros en una variedad de maneras masculinas, femeninas o andróginas</p>

#### 4. OBJETIVOS Y PÚBLICO DESTINATARIO

El objetivo de este documento es proporcionar recomendaciones técnicas sobre la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH y otras ITS entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero.

#### 6. ADAPTACIÓN DE LAS DIRECTRICES

Para poder alcanzar el efecto deseado en cuanto a la reducción del estigma, la discriminación y la transmisión de la infección por el VIH y otras ITS, así como para garantizar un acceso oportuno al tratamiento y una atención integral, las recomendaciones incluidas en estas directrices deben ejecutarse a nivel nacional.

Los grupos de trabajo nacionales podrían considerar los siguientes principios orientadores para dirigir la toma de decisiones al momento de dar a conocer estas recomendaciones.

1. No hacer ningún daño.
2. Velar por la accesibilidad y la equidad
3. Velar por la calidad de la atención
4. Usar los recursos con eficiencia

#### 7. RECOMENDACIONES DE PRÁCTICAS ADECUADAS\*

##### Recomendación 1: Derechos humanos y ambientes inclusivos

Los legisladores y otras autoridades de gobierno deberían promulgar y hacer cumplir leyes antidiscriminatorias y de protección, con base en las normas internacionales sobre los derechos humanos, a fin de eliminar el estigma, la discriminación y la violencia que enfrentan los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero y reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH y las repercusiones del VIH y el sida.

##### Recomendación 2: La no discriminación en los entornos de atención de salud

Los servicios de salud deberían incluir a los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero, en razón de los principios de la ética médica y el derecho a la salud.

#### 8. DATOS PROBATORIOS Y RECOMENDACIONES TÉCNICAS

##### 8.5 Atención y tratamiento de la infección por el VIH

...En vista de que el TAR representa una intervención biológicamente focalizada, en la cual las identidades sexuales no tienen

ninguna o una mínima incidencia en los efectos esperados, no existe razón alguna, biológica o de otra índole, para diferenciar las recomendaciones de TAR para los hombres que tiene sexo con hombres y las personas transgénero de aquellas formuladas para otros grupos (excluidas las mujeres embarazadas y los recién nacidos infectados por el VIH).

Los aspectos centrales de las recomendaciones son los siguientes:

- 1) El TAR debería comenzarse cuando el número de linfocitos CD4  $\leq 350$  células/mm<sup>3</sup>, independientemente de la presencia o ausencia de síntomas clínicos, y para aquellos que se encuentran en el estadio clínico 3 o 4 de la OMS si no es posible realizar la prueba de linfocitos CD4;
- 2) La iniciación del TAR debe fomentarse para todos aquellos que tienen una coinfección de VIH/TB y VIH/HBV;
- 3) El tratamiento de primera línea debería constar de un inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de los nucleósidos (NNRTI) + dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos (NRTI), uno de los cuales debe ser la zidovudina (AZT) o el tenofovir (TDF);
- 4) El TAR de segunda línea debe constar de un inhibidor de la proteasa (IP) impulsado por el ritonavir más dos NRTI, uno de los cuales deben ser la AZT o el TDF, según el que se haya utilizado en el tratamiento de primera línea;
- 5) Todos los pacientes deberían tener acceso a las pruebas de recuento de linfocitos CD4- para optimizar la atención previa al TAR y el manejo del tratamiento.

#### Recomendación

16. Los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero infectados por el VIH deberían tener el mismo acceso al tratamiento antirretrovírico (TAR) que otras poblaciones. El TAR debería iniciarse cuando el número de linfocitos CD4 sea  $\leq 350$  células/mm<sup>3</sup> (y para aquellos que se encuentran en estadio clínico 3 o 4 de la OMS si no está disponible la prueba de linfocitos CD4). El acceso también debería incluir el tratamiento de las infecciones oportunistas, las comorbilidades y las fallas de tratamiento. En consonancia con la directriz vigente de la OMS

#### 8.5.2. Otras intervenciones de prevención y atención para hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero infectados por el VIH

La atención integral a los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero infectados por el VIH debería empezar antes de iniciar el TAR. Las personas infectadas por el VIH que viven en entornos de recursos limitados deberían tener acceso a intervenciones esenciales para prevenir tanto la enfermedad como la transmisión del VIH.

Todas las personas infectadas por el VIH para quienes se indique clínicamente el TAR deberían tener acceso al mismo. Las

personas infectadas por el VIH, independientemente de que se les haya indicado el TAR, también deberían beneficiarse de los servicios básicos de prevención y atención de la infección, incluidas aquellas intervenciones eficaces que son sencillas, relativamente baratas, que mejoran la calidad de vida, previenen una nueva transmisión del virus o las infecciones oportunistas comunes, demoran la progresión de la enfermedad y previenen la mortalidad

A partir de un análisis de los datos probatorios, se definen las siguientes áreas de intervención consideradas de bajo costo y de especial importancia para las personas infectadas por el VIH:

1. Orientación y apoyo psicosocial
2. Revelación, notificación a la pareja y pruebas y orientación
3. Profilaxis de cotrimoxazol para las infecciones oportunistas
4. Profilaxis de la tuberculosis
5. Prevención de infecciones fúngicas
6. Prevención de infecciones genitales de transmisión sexual y de otro tipo
7. Prevención de la malaria
8. Vacunación contra determinadas enfermedades prevenibles mediante vacunación (vacunas contra hepatitis B, infección neumocócica, gripe y fiebre amarilla)
9. Nutrición
10. Planificación de la familia
11. Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH
12. Programa de agujas y jeringas y terapia sustitutiva de opioides
13. Agua, saneamiento e higiene.

Tras la iniciación del TAR, la utilidad de muchas de estas intervenciones no disminuirá, por lo que deberían mantenerse a lo largo de todo el tratamiento.

Recomendación

17. Los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero infectados con el VIH deberían tener acceso a intervenciones esenciales para prevenir enfermedades y la transmisión del VIH, como por ejemplo, atención y apoyo y

	tratamiento antirretrovírico, entre otras. En consonancia con la directriz vigente de la OMS
<b>Recomendaciones de la UNESCO sobre la terminología y la redacción del material relativo y al VIH y al SIDA.</b>	<p>Introducción</p> <p>...En su calidad de organización normativa, la UNESCO debe extremar las precauciones para evitar que se perpetúen la estigmatización y discriminación de los que a menudo son víctimas las personas que viven con el VIH, los y las profesionales del sexo, los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres y demás grupos.</p> <p>Las Recomendaciones sobre la terminología correcta o preferible que ocupan estas páginas son fruto del esfuerzo de la UNESCO por cumplir su misión y de su trabajo sobre temas relacionados con el VIH y el SIDA. En general, aspiran a orientar a los lectores para que utilicen un lenguaje homogéneo, correcto, desprovisto de prejuicios por razones de sexo, no discriminatorio y adaptado a cada cultura: un lenguaje, en suma, que fomente los derechos humanos universales.</p> <p>Es importante destacar que las presentes Recomendaciones tienen por objeto ayudar a elaborar, revisar y corregir textos relacionados con el VIH y el SIDA, y en ningún caso fijar un conjunto de reglas rígidas e intocables.</p> <p>Esta publicación está dirigida al personal de la UNESCO y/o cualquier otra persona que tenga relación con estos temas.</p> <p>1. Principales recomendaciones lingüísticas y terminológicas</p> <p>Evitar connotaciones negativas: deben respetarse escrupulosamente los derechos humanos, en especial si se refiere a grupos marginados y/o vulnerables.</p> <p>Precisión: expresarse con precisión para tener la seguridad de que el mensaje tiene el mismo significado para el emisor que para el receptor.</p> <p>Hechos frente a opiniones: El problema de confundir opiniones con hechos es que ello puede propiciar afirmaciones discriminatorias hacia poblaciones (a menudo minoritarias) clave. La estigmatización y discriminación de que estas poblaciones se sientan víctimas, ya sea de manera real o infundada, puede inhibirlas y hacer que no soliciten servicios o información, lo que a su vez dificulta el trabajo de prevención y los servicios de atención y apoyo dirigidos a estas poblaciones.</p> <p>Tener en cuenta la cuestión del género: Es importante vigilar especialmente que en un texto no se deslicen prejuicios al respecto, que las afirmaciones que contenga sean plenamente respetuosas de la igualdad de derechos y que no se utilice un lenguaje peyorativo contra uno u otro sexo, a cualquier edad.</p> <p>Lenguaje sensacionalista En algunos contextos los superlativos o los signos de exclamación pueden provocar estigmatización,</p>

	<p>discriminación, miedo o zozobra. Se aconseja evitar en lo posible este tipo de lenguaje</p> <p>Poblaciones marginadas y/o clave: Es preciso redactar con sumo cuidado los textos relativos a poblaciones marginadas y/o clave, atendiendo siempre al imperativo de evitar el uso de un lenguaje discriminatorio. Lo mejor es pedir a un miembro (o grupo de miembros) de la población en cuestión que lea el texto y compruebe que la terminología empleada es exacta y adecuada</p> <p>Cuadro 6. Contenido sonoro y visual</p> <p>CONTEXTO Y RESPONSABILIDAD ÉTICA</p> <p>Exigencias:</p> <p>Tener en cuenta el estigma y la discriminación</p> <p>Investigar e informar de modo objetivo e imparcial</p> <p>Usar un lenguaje respetuoso frente a determinadas cuestiones (género/cultura/derechos humanos) en los contenidos artísticos y creativos</p>
<p><b>Hacer frente a la discriminación. Superar el estigma y la discriminación relacionadas con el VIH en centros de atención de la salud y más allá.</b></p>	<p><b>Introducción</b></p> <p>...Las poblaciones con mayor riesgo de infección por el VIH enfrentan altos niveles de estigma debido, entre otras cosas, a su género, orientación sexual, identidad de género, uso de drogas o comercio sexual</p> <p>En 2015, la comunidad mundial se comprometió a poner fin a la epidemia del SIDA como amenaza para la salud pública para el año 2030, como parte de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible</p> <p><b>Barreras causadas por el estigma y la discriminación en toda la cascada de servicios</b></p> <p>...Las siguientes secciones documentan las barreras para acceder a los servicios de atención sanitaria causados por el estigma y la discriminación a través de las cascadas de prevención, pruebas y tratamiento. Estas barreras pueden ser legales, sociales, políticas, culturales, actitudinales o económicas, y todas ellas afectan la accesibilidad y la aceptación de los servicios de atención sanitaria para las personas que viven con el VIH y los grupos de población clave.</p> <p><b>La cascada de pruebas y tratamiento</b></p> <p>Barreras que existen en toda la cascada</p> <p>f Temor social a la infección por el VIH.</p>

- f Actitudes negativas hacia grupos de población clave.
  - f Estigmatización de las actitudes y prácticas entre los trabajadores de la salud hacia las personas que viven con el VIH, las personas con alto riesgo de infección por el VIH y los cuidadores.
  - f Denegación de servicios de salud a personas que viven con el VIH y grupos marginados.
  - f Falta de apoyo familiar y comunitario.
  - f El estigma o el temor al estigma que llevan a la no divulgación menoscaban el cumplimiento del tratamiento al comprometer los mecanismos de apoyo social
- El estigma relacionado con el VIH y los actos de discriminación contra las personas que viven con el VIH informados por los proveedores de atención de salud incluyen los siguientes:
- f Falta de voluntad para atender a pacientes que viven con el VIH.
  - f Provisión de una peor calidad de atención a los pacientes que viven con el VIH (en comparación con otros pacientes).
  - f Divulgación del estado serológico respecto del VIH sin permiso del paciente.
  - f Derivación de pacientes con VIH porque los trabajadores no quieren tratarlos.

### **Medición del estigma relacionado con el VIH dentro de la población general**

#### **Índice de estigma en personas que viven con el VIH**

Cabe señalar que la mayoría de las encuestas del índice de estigma en personas que viven con el VIH reclutan participantes a través de proveedores de servicios de VIH. Esto sugiere que algunos encuestados pueden tener más probabilidades que la población general de personas que viven con el VIH de acceder a los servicios de salud, independientemente de su temor al estigma o experiencias de discriminación u otros elementos disuasivos. Por lo tanto, estas cifras pueden subestimar la escala de evitación de atención de la salud entre las personas que viven con el VIH.

#### **Retraso en el inicio de la atención y el tratamiento del VIH**

En la ciudad de Nueva York, inmigrantes africanos, adultos previamente encarcelados, hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres transgénero que viven con el VIH revelaron que el estigma era un poderoso impedimento para ingresar y permanecer en la atención del VIH.

#### **Cumplimiento del tratamiento**

Los estudios han encontrado que el estigma relacionado con el VIH en los niveles "intrapersonal, interpersonal y estructural" compromete la capacidad de las personas para cumplir satisfactoriamente con la terapia antirretroviral (20, 22). Una explicación para esto es que el estigma interfiere con los procesos psicológicos, como el afrontamiento adaptativo y el apoyo social que ayudan a las personas a seguir el tratamiento

...En algunos casos, los proveedores de atención de salud declararon explícitamente que preferirían no prestar servicios a miembros de grupos de población clave, incluidos hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo, consumidores de drogas inyectables, personas transgénero y migrantes

Se ha demostrado que el apoyo de familiares, amigos y comunidades es esencial para el cumplimiento. Las intervenciones de apoyo adicionales también contribuyen a un mejor cumplimiento y, por lo tanto, a una mejor salud (24). Estas intervenciones incluyen lo siguiente:

f Asesoramiento para el cumplimiento.

f Acompañamiento por una pareja/un compañero de cumplimiento o un educador colega.

f Apoyo de trabajadores de la salud comunitarios y organizaciones no gubernamentales.

f Incentivos y facilitadores para las personas que viven con el VIH y sus cuidadores (incluidas las oportunidades de generación de ingresos, alimentación y transporte).

Sin embargo, en un entorno de discriminación y violencia, tal apoyo puede no estar disponible

### **El estigma, la discriminación y la violencia contra la mujer y el acceso a la atención de la salud**

La esterilización involuntaria de mujeres que viven con el VIH, el aborto forzado y la penalización de la transmisión materno infantil del VIH y otras formas de discriminación relacionadas con la salud reproductiva han sido reportadas por mujeres que viven con el VIH, incluyendo consejos para no tener hijos, tratamiento inapropiado y falta de atención durante el parto. En algunos casos, la aplicación de terapia antirretroviral depende del uso de algún tipo de anticoncepción.

...La investigación muestra que el estigma y la discriminación impiden la retención de mujeres embarazadas en programas para prevenir la transmisión materno infantil, erosionan la confianza de las mujeres en la protección ofrecida por la terapia antirretroviral durante el embarazo y reducen su acceso al diagnóstico temprano del infante

### **Penalización de grupos de población clave**

"El mal uso del derecho penal a menudo tiene un impacto negativo en la salud y viola los derechos humanos. Una

penalización demasiado amplia de la exposición al VIH, la no divulgación y la transmisión son contrarias a las recomendaciones de salud pública aceptadas internacionalmente y a los principios de los derechos humanos. La criminalización de las relaciones sexuales consensuales entre adultos es una violación de los derechos humanos, y la legalización puede reducir la vulnerabilidad a la infección por el VIH y mejorar el acceso al tratamiento. Se ha demostrado que la despenalización de la posesión y el uso de drogas inyectables y el desarrollo de leyes y políticas que permiten servicios integrales de reducción de daños reducen la transmisión del VIH. Del mismo modo, la despenalización del comercio sexual puede reducir la violencia, el acoso y el riesgo de infectarse por el VIH. Los profesionales del sexo deberían disfrutar de la protección de los derechos humanos garantizada para todas las personas, incluidos los derechos a la no discriminación, la salud y la seguridad".

La penalización de grupos de población clave no solo afecta la capacidad de las personas para buscar servicios relacionados con el VIH; también puede tener un impacto más sistémico en la programación relacionada con el VIH.

#### **Penalización de la transmisión del VIH**

**Migrantes** Los migrantes a menudo se enfrentan a condiciones que dificultan su acceso a los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH

...Las actitudes de los trabajadores de la salud, la falta de información sobre los servicios de salud y los derechos de los migrantes, así como las barreras relacionadas con la cultura, el idioma y la religión también impiden el acceso a los servicios

...En algunos casos, los migrantes que viven con el VIH pueden ser tratados como delincuentes, detenidos o deportados, y este tratamiento crea un estigma adicional y consecuencias financieras.

#### **Estigma y discriminación:**

##### **Cómo crean barreras para acceder a los servicios de atención sanitaria...**

**Figura 15.** Los efectos del estigma y la discriminación en el acceso a la atención sanitaria para la prevención, las pruebas y el tratamiento

Las leyes penales, las actitudes de la comunidad, la desinformación, los prejuicios y el miedo son factores que impulsan el estigma y las manifestaciones reales de discriminación que afectan el acceso a la atención de la salud por parte de las personas que viven con el VIH y los grupos de población clave

##### **...y de qué manera enfrentar el estigma y la discriminación puede superar esas barreras**

**Figura 16.** Eliminar el estigma y la discriminación mejora el acceso a la atención de la salud para la prevención, las pruebas y

el tratamiento

Al abordar estos factores de impulso, mediante la eliminación de leyes perjudiciales, la introducción de leyes protectoras, la educación de los titulares de derechos y proveedores de servicios y la capacitación legal de las comunidades para defender sus derechos, se puede cerrar la brecha entre quienes pueden acceder a los servicios y quienes no, y llevar a una mejor salud para todos.

**Eliminar el estigma y la discriminación y garantizar el acceso a la cascada de servicios**

f Capacitar a las personas y las comunidades para abordar y responder a la discriminación.

f Capacitar y apoyar a los trabajadores de la salud para superar actitudes y acciones discriminatorias personales e institucionales.

f Eliminar leyes y políticas discriminatorias.

f Fortalecer el marco legal y político para enfrentar la discriminación.

f Asegurar que todos los actores sean responsables de sus acciones y asuman la responsabilidad para eliminar la discriminación

**Situar a las personas en el centro de servicios de salud**

**Servicios centrados en las personas**

...Esencialmente, los servicios centrados en las personas significan que la gente recibe la atención adecuada, en el momento adecuado y en el lugar adecuado

...los servicios de prevención, pruebas y tratamiento se brindan de manera aceptable, accesible, de buena calidad y adaptados a las necesidades de las personas que los reciben.

**Comprometer a los trabajadores de la salud**

**Fortalecimiento de competencias, uso compartido de herramientas**

El fortalecimiento de las capacidades de los trabajadores de la salud mediante la capacitación y la información es una forma efectiva de reducir el estigma, la discriminación y la exclusión en los centros de atención de la salud

**Aprovechamiento de las herramientas globales Existe un número cada vez mayor de herramientas y mecanismos preparados que se pueden utilizar para reducir el estigma y la discriminación.**

### **Empoderamiento de los trabajadores de la salud comunitarios**

Los trabajadores de la salud comunitarios son trabajadores sanitarios que realizan funciones relacionadas con la prestación de servicios de la salud y que han recibido capacitación de alguna manera en el contexto de la intervención.

### **Crear un entorno legal habilitante para que las personas accedan a la atención de la salud**

#### **Despenalización del comercio sexual**

#### **Despenalización de la actividad sexual entre personas del mismo sexo**

#### **Despenalización del uso de drogas**

#### **Eliminación o adaptación de las leyes de consentimiento de los padres**

Existe un amplio consenso de que las leyes de consentimiento de los padres restringen el acceso a la salud sexual y reproductiva y los servicios de VIH entre adolescentes y jóvenes, y que la eliminación de tales leyes servirá para mejorar su acceso

#### **Introducción de la legislación protectora**

Proteger activamente los derechos de las poblaciones marginadas es esencial para mitigar el estigma y la discriminación de la sociedad.

f Prohibir la discriminación basada en el estado serológico respecto del VIH, la orientación sexual y la identidad de género en centros de atención de la salud y en otros lugares.

f Crear sistemas para manejar e investigar quejas de discriminación.

f Proteger la confidencialidad de la información personal y el derecho a acceder al tratamiento.

Esas medidas contribuyen a crear un entorno propicio en el que las personas que viven con el VIH y los miembros de grupos de población clave puedan acceder genuinamente a los servicios y el apoyo que necesitan, y se sientan capacitados para ello.

### **Fortalecer la rendición de cuentas para la atención de la salud sin discriminación**

#### **El derecho a la salud: los mecanismos globales**

El derecho a la salud, como todos los compromisos internacionales en materia de derechos humanos, requiere una monitorización multisectorial para garantizar la rendición de cuentas y el cumplimiento

...Si bien tales recomendaciones no son exigibles, pueden utilizarse para garantizar la responsabilidad política, contribuir a la

	<p>reforma legislativa, influir en las políticas y orientar los estándares profesionales (incluida la atención de la salud).</p> <p>Fuera del sistema internacional de derechos humanos, el sistema mundial de monitorización del SIDA del ONUSIDA mide el progreso en relación con los compromisos y objetivos internacionales formulados en las declaraciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la respuesta mundial al SIDA. Los Estados Miembros de las Naciones Unidas informan sobre un conjunto estándar de indicadores que miden el estado de la epidemia, la cobertura de servicios, los niveles de estigma y discriminación, el alcance de los esfuerzos antidiscriminatorios, el grado de participación pública en la respuesta nacional al SIDA y la disponibilidad de mecanismos de rendición de cuentas y barreras para acceder a ellos (126).</p> <p><b>Responsabilidad judicial y administrativa</b></p> <p>Cuando existen leyes y políticas protectoras, los grupos y las personas pueden usar el sistema judicial para garantizar que se respeten, implementen y cumplan sus derechos legales</p> <p>Los gobiernos también pueden ser considerados responsables ante los tribunales por no evitar las violaciones de los derechos, como la denegación de atención de la salud por parte de los proveedores de servicios de salud o el abuso o la discriminación en la atención sanitaria.</p> <p><b>El papel de las instituciones nacionales de derechos humanos</b></p> <p>Las instituciones nacionales de derechos humanos (organismos nacionales independientes o mecanismos que promueven y protegen los derechos humanos) pueden asesorar a los gobiernos sobre el cumplimiento de las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos, recomendar reformas legales, llevar a cabo investigaciones sobre abusos contra los derechos humanos, manejar denuncias y educar al público sobre sus derechos humanos.</p> <p><b>Es hora de terminar con la discriminación en el sector de la salud</b></p> <p>Cada vez se reconoce más que las deficiencias en la cascada de servicios de prevención, pruebas y tratamiento del VIH están alimentadas por el estigma y la discriminación que enfrentan las personas que viven con el VIH y la gente con alto riesgo de infección por el VIH.</p>
<p><b>Salud, dignidad y prevención positivas, un marco de políticas.</b></p>	<p><b>PRÓLOGO</b></p> <p>El Marco de Salud, Dignidad y Prevención Positivas destaca la importancia de poner a la persona que vive con el VIH en el centro del manejo de su salud y bienestar.</p> <p>...La meta de la salud pública y de los derechos humanos relacionada con la prevención de nuevas infecciones por VIH solamente podrá alcanzarse cuando los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las personas que viven con el VIH</p>

estén protegidos y apoyados; cuando las necesidades más generales de salud y dignidad de las personas que viven con el VIH se satisfagan; y, cuando el acceso a un tratamiento oportuno e ininterrumpido aliente una mayor aceptación de los servicios de consejería y pruebas voluntarias del VIH.

...Esperamos que el Marco de Salud, Dignidad y Prevención Positivas contribuya a dar forma a la manera en que los gobiernos, los responsables de formular políticas, los encargados de los programas y las agencias internacionales trabajan con las personas que viven con el VIH: dejando atrás el trato a las personas que viven con el VIH como objetivos pasivos de los mensajes de prevención, para reconocerles como participantes activos en la respuesta global al VIH.

#### RESUMEN EJECUTIVO

Las metas fundamentales del Marco de Salud, Dignidad y Prevención Positivas son mejorar la dignidad, calidad y duración de la vida de las personas que viven con el VIH

...El concepto de Salud, Dignidad y Prevención Positivas está construido sobre una base más amplia, que incluye el mejoramiento y mantenimiento de la dignidad de la persona que vive con el VIH, para apoyar y ampliar su salud física, mental, emocional y sexual; lo cual, a su vez, entre otros beneficios, crea un ambiente propicio que reducirá la probabilidad de nuevas infecciones por VIH.

Alcanzar la meta de una Salud, Dignidad y Prevención Positivas requiere específicamente que se promueva y reafirme el empoderamiento de las personas que viven con el VIH a través de los siguientes objetivos:

- Ampliar y apoyar los programas existentes de consejería, pruebas, atención, apoyo, tratamiento y prevención del VIH que sean apropiados y que estén dirigidos por la comunidad, así como aumentar el acceso a los servicios de salud basados en derechos, incluidos los de salud sexual y reproductiva.
- Ampliar y apoyar los programas de capacitación básica en salud, tratamiento, prevención, derechos humanos y leyes; y cerciorarse de que los derechos humanos sean promovidos e implementados a través de programas y protecciones relevantes.
- Hacer que las personas con y sin diagnóstico, junto con sus parejas y comunidades, sean incluidas en los programas de prevención que destaquen las responsabilidades compartidas independientemente de la condición del VIH conocida o percibida; y que tengan oportunidades en lugar de barreras para empoderarse ellas mismas y a su(s) pareja(s) sexual(es).
- Ampliar y apoyar programas de capital social que se enfoquen en respuestas al VIH que sean sostenibles y que estén impulsados por la comunidad, mediante la inversión en desarrollo comunitario, formación de redes, fortalecimiento de

capacidades y recursos para las organizaciones y redes de personas que viven con el VIH.

Los elementos programáticos individuales diferirán inevitablemente de un entorno a otro, conforme lo dicten las necesidades y recursos locales; pero corresponderán a alguno de los siguientes ocho principales grupos de componentes.

- EMPODERAMIENTO
- IGUALDAD DE GÉNERO
- PROMOCIÓN Y ACCESO A LA SALUD
- DERECHOS HUMANOS
- PREVENCIÓN DE NUEVAS INFECCIONES
- SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS
- APOYO SOCIAL Y ECONÓMICO
- MEDICIÓN DE IMPACTO

### **Componentes, elementos y vínculos programáticos**

#### **Antecedentes**

#### **UN NUEVO MARCO PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH POR LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH**

Las y los participantes estuvieron de acuerdo en que las políticas:

- que están diseñadas e implementadas con el involucramiento significativo de las personas que viven con el VIH;
- que tratan a las personas que viven con el VIH humanamente y con dignidad;
- que proporcionan a la gente conocimientos, habilidades, apoyo social y legal; y
- que enfocan de manera holística la salud y las necesidades relacionadas de las personas que viven con el VIH,

tienen mayores probabilidades de ser aceptadas e implementadas; y serán más efectivas que los programas existentes que se concentran, con una visión estrecha, en la prevención de nuevas infecciones.

Tales políticas y programas también ayudarán a reducir el estigma y la discriminación relacionados con el VIH, resultando en numerosos efectos benéficos para las personas que viven con el VIH (incluidas aquellas que desconocen su estado serológico) y sus parejas, familias y comunidades.

## ¿PARA QUIÉN ES EL MARCO?

Este Marco debe también ser una herramienta útil para orientar el trabajo de cada una de las personas involucradas en las políticas y programas que buscan apoyar y mejorar la salud y la dignidad de las personas que viven con el VIH, así como de aquellas que se concentran en la prevención de nuevas infecciones (como la sociedad civil en general; los sectores público y privado, incluidos el sector salud y el sector educación; así como los donantes y agencias multilaterales y del sistema de las Naciones Unidas, incluido el ONUSIDA)

### **Principios Y valores rectores**

1 'NOSOTROS SOMOS MÁS QUE SIMPLES PACIENTES.'

2 'NO SEREMOS TRATADOS COMO VECTORES DE LA TRANSMISIÓN'

3 'TODOS SOMOS RESPONSABLES DE LA PREVENCIÓN DEL VIH'

4 'NOSOTROS TENEMOS NECESIDADES Y DESEOS QUE DEBEN SER SATISFECHOS'

5 VALORES

La Salud, Dignidad y Prevención Positivas pueden lograrse solamente a través de los siguientes puntos.

- Un ambiente legal y de políticas, solidario y protector, que aspire a un mundo libre de estigma y discriminación relacionados con el VIH.
- Un enfoque en el mejoramiento y mantenimiento de la salud y bienestar de las personas que viven con el VIH; el cual, a su vez, contribuya a la salud y bienestar de sus parejas, familias y comunidades.
- La promoción de una salud y bienestar holísticos, incluido el acceso universal a la consejería voluntaria del VIH, pruebas confidenciales, atención y apoyo, así como acceso oportuno al tratamiento voluntario y al monitoreo.
- El abordaje de una variedad de factores que debilitan la salud y la dignidad, incluidos: la pobreza y la inseguridad alimentaria; la falta de apoyo mental y psicosocial; la carencia de oportunidades educativas; la exclusión social; la desigualdad de género; y el estigma y la discriminación basados en el estado VIH-positivo y en comportamientos como el uso de drogas inyectables, el trabajo sexual y/o las relaciones sexuales entre hombres, así como en identidades como el ser una persona lesbiana, gay, bisexual, transgénero o intersexual.
- La respuesta a las necesidades de las poblaciones clave,[7] incluidas las necesidades particulares y específicas de la gente joven y las mujeres; y a través de programas respetuosos diseñados para los contextos específicos y tomando en

cuenta la diversidad presente en las personas que viven con el VIH

### **Metas y objetivos**

...El derecho a la salud y otros derechos humanos debe ser protegido y cumplido, especialmente cuando ha habido una expansión de leyes, políticas y prácticas punitivas que son violatorias de los derechos humanos, que aumentan el estigma, la discriminación y la homofobia y que tienen también implicaciones para los recortes en el financiamiento de los programas de VIH”.

Las metas fundamentales del Marco de Salud, Dignidad y Prevención Positivas son el mejoramiento de la dignidad, calidad y duración de la vida de las personas que viven con el VIH; lo cual, a su vez, tendrá un impacto benéfico en sus parejas, familias y comunidades, incluso en la reducción de la probabilidad de nuevas infecciones.

Específicamente, esto requiere que se promueva y reafirme el empoderamiento de las personas que viven con el VIH, a través de los siguientes objetivos.

1 Aumentar el acceso a y la comprensión de las políticas y programas sustentados en evidencia y basados en los derechos humanos; que apoyan a las personas que viven con el VIH a que tomen decisiones que respondan a sus necesidades; y que les permiten tener vidas saludables libres de estigma y discriminación.

2 Ampliar y apoyar los programas existentes de consejería, pruebas, atención, apoyo, tratamiento y prevención del VIH que sean apropiados y que estén dirigidos por la comunidad, así como aumentar el acceso a los servicios de salud basados en derechos, incluidos los de salud sexual y reproductiva.

3 Ampliar y apoyar los programas de capacitación básica en salud, tratamiento, prevención, derechos humanos y leyes; y cerciorarse de que los derechos humanos sean promovidos e implementados a través de programas y protecciones relevantes.

4 Hacer que las personas con y sin diagnóstico, junto con sus parejas y comunidades, sean incluidas en los programas de prevención que destaquen las responsabilidades compartidas independientemente de la condición del VIH conocida o percibida; y que tengan oportunidades en lugar de barreras para empoderarse ellas mismas y a su(s) pareja(s) sexual(es).

El Secretariado del ONUSIDA promueve siete programas clave para reducir el estigma y la discriminación, así como para aumentar el acceso a la justicia. Estos programas deben ser parte integral de cualquier respuesta nacional al SIDA. Estos son programas para:

- proporcionar conocimientos legales básicos o ‘conoce tus derechos y tus leyes’;

- capacitar a trabajadores de la salud en materia de no discriminación, consentimiento informado, confidencialidad, deber de atender al paciente y precauciones universales;
- capacitar a la policía en materia de no discriminación y en la provisión de espacio para intervenciones de VIH de alcance comunitario;
- proporcionar servicios legales;
- reducir el estigma y la discriminación;
- reformar leyes; y
- lograr la igualdad de género, transformar las normas dañinas de género y eliminar la violencia contra las mujeres Todo esto, de diferentes formas, protege y empodera a las personas que viven con el VIH, permitiéndoles desempeñarse como ciudadanas plenas con igualdad de derechos, dignidad y acceso a la justicia, así como a los servicios de salud.[1]

**Temas de actualidad: Tres retos y oportunidades:**

- Estancamiento en el acceso universal
- Estigma y discriminación apoyados por el estado

...‘Las leyes que refuerzan el estigma y los prejuicios relacionados con el VIH obstaculizan tanto los esfuerzos de prevención del VIH como el acceso al tratamiento. Esto sucede al hacer que las poblaciones que están en un particular riesgo de infección (incluidos los usuarios de drogas inyectables, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, así como las y los migrantes y trabajadores del sexo) sean más difíciles de alcanzar; y también sucede al apoyar la exclusión social y económica de las personas que viven con el VIH

Los gobiernos apoyan y permiten la continuación del estigma y discriminación relacionados con el VIH mediante la promulgación de leyes demasiado amplias, pero específicas respecto al VIH y que penalizan la no revelación del estado VIH-positivo, la exposición potencial al VIH y/o la transmisión no intencional del virus

Tales esfuerzos incluyen el trabajo encaminado a:

- eliminar todas las leyes penales específicas del VIH; y limitar los procesos judiciales que ocurren bajo leyes no específicas del VIH a la transmisión intencional del VIH;
- eliminar los delitos penales en contra de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres;
- eliminar las sanciones penales para las relaciones sexuales con consentimiento entre adultos, incluidas las que ocurren

en el contexto del trabajo sexual;

- permitir la provisión de programas de reducción de daños, sustentados en evidencia, para personas que usan drogas;
- promulgar leyes que regulen la privacidad y la antidiscriminación para proteger a las personas que viven con el VIH; y
- promulgar leyes que aseguren que los programas de educación, prevención y tratamiento lleguen a todas las personas que viven con el VIH, incluidos los niños y los adolescentes nacidos con el VIH
- El tratamiento como prevención Los condones son una parte esencial de la prevención combinada, que incluye entre otros elementos el 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[29]

#### EL TRATAMIENTO COMO PREVENCIÓN

El segundo componente fue el creciente reconocimiento del potencial de la terapia antirretrovírica para reducir significativamente el riesgo de transmisión del VIH tanto a nivel individual [30], como a nivel de la población [31].

El tratamiento puede ser uno de los métodos individuales de prevención más efectivos disponibles en la actualidad.

No es posible alcanzar altas tasas de aceptación del tratamiento en un ambiente de estigma y marginación, ni donde los programas son acosados por violaciones potenciales de los derechos humanos—como las pruebas forzadas o realizadas sin información previa; o bien, la iniciación de terapia antirretrovírica bajo coerción, principalmente en beneficio de la salud pública, en lugar de buscar el beneficio de la persona. Es probable que estas violaciones conduzcan a una pérdida de seguimiento, niveles deficientes de adherencia y a un aumento en la prevalencia y transmisión de cepas del VIH resistentes a los medicamentos—todo lo cual debilitará el potencial del tratamiento como prevención, así como los derechos de las personas que viven con el VIH.

El Marco de Salud, Dignidad y Prevención Positiva pone énfasis en que la persona que vive con el VIH debe tener el derecho a decidir si y cuándo iniciar el tratamiento. La consejería sobre adherencia, tanto antes como después de iniciar la terapia antirretrovírica, es esencial para apoyar a la persona que vive con el VIH para que tome decisiones informadas sobre si iniciar o no el tratamiento y cuándo hacerlo, así como para adherirse al programa de tratamiento una vez que ha comenzado. También, el acceso ininterrumpido a la terapia antirretrovírica es esencial una vez que comienza el tratamiento.

Es probable que los siguientes factores ayuden a que las políticas sean compatibles con el Marco de Salud, Dignidad y Prevención Positiva.

- Las políticas que apoyen un ambiente propicio y no discriminatorio, en el cual todas las personas que viven con el VIH puedan tener acceso a los servicios de salud y apoyo en los mismos términos que sus conciudadanos, asegurarán la mejor cobertura posible de tratamiento con base en las necesidades indicadas clínicamente, logrando con ello el mayor potencial de prevención del tratamiento.
- La consejería post prueba siempre debe sustentarse en evidencia e incluir información sobre toma de decisiones relativas a las relaciones sexuales, al uso de drogas y a la revelación de la condición del VIH libre de coerción. Las personas que resultan VIH-positivas deben siempre tener una opción plenamente informada sobre si comenzar o no el tratamiento antirretrovírico y cuándo hacerlo, lo cual puede ser antes o después de lo que indiquen las directrices, con base en la necesidad clínica.
- Si la terapia antirretrovírica debe tomarse como parte de una combinación de un paquete con propósitos de prevención—especialmente cuando se toma antes de lo actualmente recomendado para la salud del individuo—la persona que vive con el VIH debe ser plenamente informada y estar de acuerdo en enfrentar los riesgos y beneficios potenciales de tal tratamiento sobre su salud.

**Fortalecimiento de la evidencia y medición del impacto, avances y resultados**

INDICE DE ESTIGMA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

LA FICHA DE EVALUACIÓN DE LA MPPVS [GIPA REPORT CARD][

EXPLORACIÓN MUNDIAL DE LA CRIMINALIZACIÓN

¡LOS DERECHOS HUMANOS CUENTAN!

BASE DE DATOS GLOBAL SOBRE RESTRICCIONES DE VIAJE Y RESIDENCIA RELACIONADAS CON EL VIH

PROYECTO DE MONITOREO Y DEFENSA DEL TRATAMIENTO (TMAP, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Medición del impacto, avances y resultado:

DESARROLLO DE INDICADORES DE MONITOREO Y EVALUACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MARCO DE SALUD, DIGNIDAD Y PREVENCIÓN POSITIVA

USO DE LOS INDICADORES ACTUALES EN EL CORTO PLAZO PARA MONITOREAR LAS POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE SALUD, DIGNIDAD Y PREVENCIÓN POSITIVA

INDICADORES DEL NCPI DE LA UNGASS

### **Próximos pasos**

Las principales metas del Marco de Salud, Dignidad y Prevención Positiva consisten en mejorar la dignidad, calidad y duración de la vida de las personas que viven con el VIH; lo cual, a su vez, tendrá un impacto benéfico en sus parejas, familias y comunidades, incluso en la reducción de la probabilidad de nuevas infecciones.

Las políticas y programas adaptados a las necesidades de las personas que apoyan estas metas deben ser ampliados y apoyados, especialmente aquellos de los que la comunidad ya se ha apropiado y dirige.

Con el fin de avanzar hacia el logro de estas metas, recomendamos enfocar los esfuerzos en las siguientes nueve áreas de acción

1 **INCIDENCIA POLÍTICA** Aumentar la movilización significativa y de amplia base de las personas que viven con el VIH en los esfuerzos de prevención del VIH y en el aumento de la capacidad de las organizaciones y redes de personas que viven con el VIH a nivel global, regional y nacional, a fin de que participen como socias plenas, iguales y esenciales en la planificación, implementación, monitoreo y evaluación de las iniciativas de Salud, Dignidad y Prevención Positiva a nivel global, regional y nacional.

2 **CREACIÓN DE EVIDENCIA** Evaluar las políticas y programas existentes en cuanto a su disposición para ser integrados en el Marco de Salud, Dignidad y Prevención Positiva; proporcionar evidencia de buenas prácticas existentes.

3 **DIFUSIÓN** Asegurar una sólida aprobación, adopción e implementación del concepto de Salud, Dignidad y Prevención Positiva por parte de los actores clave a nivel global, regional y nacional.

4 **DIÁLOGO SOBRE POLÍTICAS** Llegar a acuerdos en torno a las áreas prioritarias para la implementación, incluidos los vínculos entre los programas existentes, así como para comprender las brechas en las políticas actuales relacionadas con la prevención para las personas que viven con el VIH.

5 **PLANIFICACIÓN** Preparar el terreno para implementar las directrices operacionales estándar del Marco de Salud, Dignidad y Prevención Positivas

6 **IMPLEMENTACIÓN** Desarrollar directrices operacionales estándar para el Marco de Salud, Dignidad y Prevención Positivas.

7 **INTEGRACIÓN** Integrar las directrices operacionales estándar en los marcos estratégicos nacionales, los recursos, planes, políticas y sistemas de monitoreo y evaluación.

8 **MONITOREO Y EVALUACIÓN** Desarrollar indicadores de monitoreo y evaluación para la implementación del Marco de Salud, Dignidad y Prevención Positivas, incluidos los vínculos programáticos; desarrollo de políticas; efectividad en la reducción de

	<p>nuevas infecciones; así como en los resultados de salud individuales y a nivel de la población.</p> <p>9 ADAPTACIÓN Y MEJORAMIENTO Adaptar el Marco y las directrices operacionales a la luz de nuevos hallazgos derivados del monitoreo y evaluación a medida que la epidemia cambia, se acumula más evidencia y ocurren otros cambios (Ej. nuevas tecnologías de prevención, mejor comprensión del tratamiento como prevención, cambios que propician o impiden el financiamiento, ambientes de políticas y legales).</p>
<p><b>Manual de Capacitación para la Respuesta Comunitaria al Estigma y Discriminación por VIH/SIDA.</b></p>	<p><b>Misión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfrentar la epidemia del VIH/SIDA en Latinoamérica y el Caribe, promoviendo y defendiendo los Derechos Humanos, mediante la coordinación, la integración y la capacitación de la sociedad civil organizada, a fin de fortalecer respuestas comunitarias-multisectoriales, articuladas y efectivas.</li> <li>• <b>¿Por qué un manual de capacitación para la respuesta comunitaria al estigma y discriminación por VIH/SIDA?</b></li> </ul> <p>Porque el estigma y la discriminación son el principal combustible que alimenta la propagación de la epidemia del VIH/SIDA, y a su vez acrecientan innecesariamente los sufrimientos asociados al VIH/SIDA en las personas y comunidades afectadas.</p> <p>Porque el estigma, la discriminación y la violación a los derechos humanos están íntimamente ligados el uno al otro, reforzándose y legitimizándose entre sí.</p> <p>Ha sido elaborado para apoyar y facilitar procesos de reflexión que permitan la identificación del estigma y las conductas discriminatorias. Igualmente, busca la reflexión sobre los impactos negativos que éstas tienen en el fenómeno de la epidemia, las personas, comunidades y los esfuerzos de la salud pública en prevención, atención, cuidado y tratamiento del VIH.</p> <p>Por otra parte, también aporta herramientas, referidas a los derechos humanos y VIH/SIDA, para el desarrollo de estrategias que mitiguen el impacto del estigma y la discriminación en torno al VIH/SIDA. Por último, está destinado a apoyar el trabajo de abogacía en derechos humanos, estigma y discriminación de organizaciones de base comunitaria que trabajan en la temática del VIH/SIDA.</p> <p><b>¿Qué esperar de este manual?</b></p> <p>Este manual fue concebido, en primer lugar como un recurso básico para personas que se desempeñarán como facilitadoras en la ejecución de un taller destinado a reflexionar sobre el estigma y la discriminación. Igualmente considera algunos instrumentos para la abogacía en derechos humanos y VIH/SIDA.</p> <p>A su vez, es un recurso básico de orientación para personas u organizaciones que tengan el interés de reflexionar sobre los temas en cuestión, y orientar la ejecución de acciones de abogacía que mitiguen los impactos negativos del estigma y la</p>

discriminación en la lucha contra el VIH/SIDA.

Indica paso a paso la secuencia a seguir para la ejecución de un taller que promueve la reflexión en torno al estigma y la discriminación, sus efectos en el curso de la epidemia y la relevancia de los derechos humanos para la lucha contra el VIH/SIDA.

Presenta conceptos básicos e incluye bibliografía para una mayor reflexión y análisis de la temática del estigma y la discriminación.

Finalmente, es una guía básica de trabajo para quienes trabajen temas de estigma, discriminación y derechos humanos y VIH/SIDA

- **Consideraciones Conceptuales**

- A. Estigma y Discriminación en el Contexto del VIH/SIDA**

- 1. ¿Qué es el estigma?**

- 2. ¿Qué es la discriminación?**

Entre los tipos de discriminación contra personas viviendo con VIH se incluyen:

- Servicios de salud: bajan los estándares de cuidado, negación del acceso a cuidados y tratamientos, exámenes de VIH sin consentimiento, falta de confidencialidad, incluyendo la identificación de una persona viviendo con VIH/SIDA a sus parientes y agentes externos, actitudes negativas y prácticas degradantes por parte de los trabajadores de la salud.

La discriminación también ocurre a través de omisiones tales como la ausencia o falla en la implementación de leyes, políticas, y procedimientos que ofrezcan reparación y protección de los derechos de las personas viviendo con VIH/SIDA.

- 4. Impactos del estigma y la discriminación**

Impactos negativos en atención, cuidado y acceso a tratamientos:

- Falta de acceso de las personas VIH positivo a la atención, cuidado y tratamientos.
- Aumento del sufrimiento en las personas VIH positivo y sus cercanos.
- Miedo de las personas VIH positivo a buscar atención, cuidado y acceso a tratamientos.
- Dificultades para la adherencia a los tratamientos.
- Dificultades para el desarrollo e implementación de políticas públicas para la atención, cuidado y acceso a tratamientos.

## **C. El VIH/SIDA y los Derechos Humanos<sup>4</sup>**

### **1. El VIH/SIDA, los derechos humanos y la salud pública**

Varios años de experiencia en la lucha contra la epidemia VIH/SIDA han confirmado que la promoción y protección de los derechos humanos constituyen un factor esencial para prevenir la transmisión del VIH y reducir los efectos del VIH/SIDA. La promoción y protección de los derechos humanos son necesarias tanto para la protección de la dignidad de las personas afectadas por el VIH/SIDA como para el logro de los objetivos de salud pública consistentes en reducir la vulnerabilidad a la infección VIH, paliar los efectos negativos del VIH/SIDA en los afectados y dotar de medios a las personas y comunidades para responder a la epidemia.

...Desde la perspectiva de los derechos humanos, la mejor manera de lograrlo es promoviendo y protegiendo los derechos y la dignidad de cada uno, sobre todo los de los discriminados o los de quienes ven sus derechos menoscabados de otra forma. Igualmente, la mejor manera de alcanzar los objetivos de salud pública es promover la salud para todos, en particular la de los vulnerables a las amenazas a su bienestar físico, mental o social. Por tanto, la salud y los derechos humanos se complementan y refuerzan mutuamente en todos los ámbitos, como se complementan y refuerzan mutuamente en lo relativo al VIH/SIDA.

Otro aspecto de la relación entre la protección de los derechos humanos y la eficacia de los programas VIH/SIDA lo revela el hecho de que los casos de VIH/SIDA o su difusión son excesivamente frecuentes en algunos sectores de la población. Según la naturaleza de la epidemia y la situación jurídica, social y económica de cada país, los grupos que pueden verse excesivamente afectados son las mujeres, los niños, los pobres, las minorías, los indígenas, los migrantes, los refugiados y las personas interiormente desplazadas, los discapacitados, los presos, los trabajadores sexuales, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y los que se inyectan drogas, es decir los grupos que ya sufren de falta de protección de los derechos humanos y discriminación o de marginalización por su situación jurídica, o ambas cosas. La falta de protección de sus derechos humanos inhabilita a estos grupos para evitar la infección o para hacer frente al VIH/SIDA, si ya están afectados por él.

### **2. Las normas de derechos humanos y la naturaleza de las obligaciones de los Estados**

La Declaración y el Programa de Acción de Viena, aprobados en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en junio de 1993, afirmaron que todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí. Aunque debe tenerse en cuenta la importancia de las particularidades nacionales y regionales, así como de los diversos patrimonios históricos, culturales y religiosos, los Estados tienen el deber, sean cuales fueren sus sistemas políticos,

	<p>económicos y culturales, de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de conformidad con las normas internacionales de derechos humanos.</p> <p><b>3. Principios de los Derechos Humanos</b></p> <p>El principio de universalidad consagra el entendimiento progresivo de que los derechos humanos le corresponden a toda persona en virtud de su propia condición humana, independientemente de los criterios y los patrones culturales que cada comunidad particular desarrolla, o de las diferencias individuales o de grupos que caracterizan al conjunto de las comunidades.</p> <p>Todos los seres humanos nacen en igualdad de derechos, sea cual sea su condición económica, social, cultural, de género o de cualquier otra índole. El principio de igualdad de derechos se refleja en los derechos a la igualdad ante la ley, a igual protección de la ley y a la igualdad de oportunidades</p> <p>El principio de interdependencia de los derechos humanos significa que todos los derechos de la persona tienen igual jerarquía.</p> <p><b>4. Derechos humanos y obligaciones del Estado</b></p> <p>... Existen varias clases de obligaciones genéricas en materia de derechos humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la obligación de respetar</li> <li>• la obligación de proteger</li> <li>• la obligación de garantizar</li> <li>• las obligaciones de satisfacer y promover.</li> </ul> <p><b>Programa</b></p> <p><b>Diseño analítico general</b></p> <p><b>Desarrollo de módulos</b></p>
<p><b>Instrumento de ONUSIDA para un diagnóstico de género. Hacia una respuesta que</b></p>	<p><b>INTRODUCCIÓN</b></p> <p>Presentada en 2010, la Agenda de ONUSIDA para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH 2010-2014 presenta una serie de medidas estratégicas destinadas a atender mejor las necesidades y a garantizar los derechos de las mujeres y de las niñas ante el VIH.1 Estructurada en torno a tres</p>

**transforme las relaciones de género ante el VIH.**

recomendaciones, el objetivo principal de la Agenda es lograr su implementación a nivel nacional.

...Coordinados por contrapartes nacionales y los asociados, los procesos de diagnóstico de género son iniciativas integrales cuyo propósito es identificar las necesidades de las mujeres y las niñas en su diversidad y en el contexto del VIH por países.

El Instrumento de diagnóstico de género para las respuestas nacionales al VIH (en adelante, el Instrumento) pretende brindar apoyo a los países en el diagnóstico de sus epidemias de VIH, el contexto y la respuesta que proveen desde una perspectiva de género, ayudándoles a hacer que sus respuestas sean más transformadoras de género y, por tanto, más efectivas.

...el Instrumento de diagnóstico de género favorece la aplicación de la Agenda de ONUSIDA....

Si bien distintos sectores pueden tomar la iniciativa de promover un diagnóstico de género, se recomienda que el diagnóstico se lleve a cabo con liderazgo nacional. De esta forma se asegurará que los resultados se incorporarán en los marcos estratégicos nacionales pertinentes

**MARCO CONCEPTUAL**

Al hablar de género, la formulación del Instrumento se cimenta sobre la definición de género de ONUSIDA como una serie de normas, roles, conductas, actividades y atributos que una sociedad considera apropiados para la mujer y el hombre, con la inclusión de las personas que se identifican como transgéneras...

...Entre los prejuicios relacionados con el género se incluyen cualquier tipo de estigma, discriminación o violencia contra otra persona por causas de identidad de género u orientación sexual.

**PRIMERA ETAPA Preparación para el diagnóstico de género de la respuesta nacional al VIH**

Paso 1 • ASEGURAR UN COMPROMISO AL MÁS ALTO NIVEL

Paso 2 • FORMAR UN EQUIPO PARA EL DIAGNÓSTICO DE GÉNERO

Paso 3 • DESARROLLAR UN MARCO PARA EL DIAGNÓSTICO DE GÉNERO

Paso 4 • DESARROLLAR UN PLAN DE RECURSOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE GÉNERO

Paso 5 • OBTENER, RECOPIRAR Y ALMACENAR DOCUMENTOS RELEVANTES

Paso 6 • ORGANIZAR UN TALLER DE DIAGNÓSTICO DE GÉNERO CON LAS PRINCIPALES PARTES INTERESADAS

**SEGUNDA ETAPA Conocimiento de la epidemia nacional de VIH y contexto**

Paso 7 • PREVALENCIA, INCIDENCIA E INFORMACIÓN SOBRE EL COMPORTAMIENTO DEL VIH

Paso 8 • FACTORES SOCIALES, CULTURALES Y ECONÓMICOS

Paso 9 • FACTORES LEGALES Y POLÍTICOS

**TERCERA ETAPA Conocimiento de la respuesta nacional al VIH**

Esta etapa plantea preguntas clave que ayudan a entender la respuesta nacional al VIH desde una perspectiva de género. Se trata de los datos esenciales para crear la respuesta nacional. Responder a estas cuestiones permitirá al equipo de trabajo nacional que desarrollará el diagnóstico de género esbozar un panorama de la situación del país y tomar una decisión con conocimiento, bajo el formato de una lista de prioridades frente al VIH y a la inversión e intervención en el género como objetivo.

Paso 10 • IGUALDAD DE GÉNERO EN LAS POLÍTICAS Y PROGRAMAS DEL VIH

Paso 10.1 • LA RESPUESTA GENERAL AL VIH

Paso 10.2 • PARTICIPACIÓN SIGNIFICATIVA

Paso 10.3 • COORDINACIÓN DE LA IGUALDAD DE GÉNERO EN LA RESPUESTA AL VIH

Paso 10.4 • IGUALDAD DE GÉNERO EN EL MARCO Y EL DISEÑO CONCEPTUALES

Paso 10.5 • SENSIBILIZACIÓN Y CONOCIMIENTO SOBRE LA IGUALDAD DE GÉNERO

Paso 10.6 • EVALUACIÓN DE LA ASIGNACIÓN DE GASTOS

Paso 11 • UNA RESPUESTA INTEGRAL AL VIH

Paso 11.1 • PREVENCIÓN DEL VIH

Paso 11.2 • TRATAMIENTO

Paso 11.3 • ATENCIÓN Y APOYO

Paso 11.4 • VIOLENCIA DE GÉNERO

Paso 11.5 • LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Paso 12 • CONSIDERACIONES DE GÉNERO POR COMUNIDAD

Paso 12.1 • MUJERES Y NIÑAS

Paso 12.2 • HOMBRES Y NIÑOS

	<p>Paso 12.3 • POBLACIONES CLAVE</p> <p>Paso 12.4 • JÓVENES</p> <p><b>CUARTA ETAPA Análisis y utilización de las conclusiones del diagnóstico de género para una respuesta que transforme las relaciones de género ante el VIH</b></p> <p>Esta etapa ofrece orientación sobre cómo utilizar los resultados del diagnóstico de género para dar forma e influenciar las agendas políticas.</p> <p>Asimismo, esta etapa ofrece orientación para la elaboración de un plan de promoción y comunicación una vez completado el diagnóstico, que debería contribuir a la puesta en marcha de una estrategia de cuatro puntos a favor de una respuesta al VIH que transforme las relaciones de género. Estos cuatro puntos incluirían: 1) seguimiento de la promoción y de la política, 2) entrega y acceso a los servicios, 3) formación y creación de capacidades y 4) estimulación/promoción de la investigación.</p> <p>Anexo D. Modelo de agenda para el taller sobre diagnóstico de género</p>
<p><b>Acción acelerada para acabar con el sida.</b></p>	<p>Recordar que todos los aspectos del trabajo de ONUSIDA son dirigidos por los siguientes principios rectores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; En línea con las prioridades de los interesados nacionales;</li> <li>&gt; Sobre la base de la participación significativa y medible de la sociedad civil, especialmente de las personas que viven con el VIH y las poblaciones con mayor riesgo de infección por el VIH;</li> <li>&gt; Sobre la base de los derechos humanos y la igualdad de género;</li> <li>&gt; Con base en la mejor evidencia científica disponible y el conocimiento técnico;</li> <li>&gt; Promoción de respuestas integrales al sida que integran prevención, tratamiento, atención y apoyo; y</li> <li>&gt; Basado en el principio de no discriminación.</li> </ul> <p><b>Prefacio</b></p> <p>La Estrategia 2016-2021 de ONUSIDA es una llamada a la acción audaz para conseguir acelerar la acción y llegar a las personas que se están quedando atrás. Es un llamado urgente a anticipar las inversiones. Es un llamado para alcanzar los objetivos de tratamiento 90-90-90, para cerrar la brecha del acceso a la prueba y para proteger la salud de los 22 millones de personas que viven con VIH que aún no están accediendo al tratamiento. Es un llamado para reparar la cobertura deplorablemente baja de tratamiento para los niños que viven con el VIH.</p>

...Defender los derechos de todas las personas, incluidos los niños, las mujeres, los jóvenes, los hombres que tienen sexo con hombres, los usuarios de drogas, los y las trabajadoras sexuales y sus clientes, personas transgénero y las y los migrantes es fundamental para garantizar el acceso a los servicios para salvar vidas.

### **Estrategia de ONUSIDA: visión, objetivos y metas**

#### **Objetivos para el 2020**

Objetivo 1 90% de las personas (niños, niñas, adolescentes y adultos) que viven con el VIH conocen su estado 90% de las personas que viven con el VIH y que conocen su estado están recibiendo tratamiento 90% de las personas en tratamiento han suprimido la carga viral

Objetivo 7 90% de las mujeres y las niñas viven libres de la desigualdad de género y la violencia basada en el género para mitigar el riesgo y el impacto del VIH

Objetivo 8 90% de las personas que viven con, están en riesgo de infección y afectadas por el VIH no reportan ningún tipo de discriminación, especialmente en entornos de salud, educación y el lugar de trabajo

Objetivo 10 75% de las personas que viven con, están en riesgo de infección y afectadas por el VIH, que están en necesidad, se benefician de protección social sensible al VIH

#### **Objetivos de Desarrollo Sostenible SIDA para el 2030**

Eliminación de la discriminación relacionada con el VIH

ODS 2 Poner fin al hambre: El hambre puede conducir a conductas de riesgo, socavar la adherencia al tratamiento del VIH y acelerar la progresión al sida.

ODS 3 Buena salud y bienestar: Niños, adolescentes y adultos que viven con el VIH acceden a la prueba, conocen su estado y se les ofrece inmediatamente un tratamiento de calidad asequible y sostenible. La falta de la cobertura universal de salud, incluyendo los servicios de salud sexual y reproductiva, restringe el acceso a la prevención y tratamiento del VIH.

> Las personas en tratamiento son apoyadas y supervisadas regularmente, incluyendo una monitorización de la carga viral a mayor escala, educación sobre beneficios del tratamiento y apoyo nutricional

> La accesibilidad, la asequibilidad y la calidad del tratamiento del VIH mejoraron, incluso a través de los sistemas de administración de la comunidad.

ODS 5 Igualdad de género: Las mujeres y hombres practican y promueven normas saludables de género y trabajan juntos

para poner fin a la violencia sexual y de pareja basada en el género para mitigar el riesgo y el impacto del VIH

> Las mujeres y las niñas y los hombres y los niños participan y están empoderados para prevenir la violencia de género, sexual y de pareja, y promover las normas de género y comportamientos saludables.

> Las leyes, políticas y prácticas permiten a las mujeres y las niñas protegerse del VIH y el acceder a servicios relacionados al VIH, incluyendo la defensa de sus derechos y autonomía.

La acción sobre la igualdad de género en la respuesta al sida es fundamental en tres áreas interrelacionadas: (1) mejorar el acceso y uso de los servicios y los insumos básicos de salud sexual y reproductiva y VIH; (2) la movilización de las comunidades para promover normas igualitarias de género, involucrar a los hombres y los niños y terminar la violencia de género, sexual y de pareja; y (3) el empoderamiento de las mujeres, las jóvenes y las niñas, en toda su diversidad, incluyendo mediante la inversión en el liderazgo de las mujeres en la respuesta al sida.

CERO discriminación

ODS 10 Reducción de desigualdades: Los jóvenes, en particular las mujeres jóvenes y las adolescentes, acceden a servicios de prevención combinada y están facultadas para protegerse del VIH

> Información y servicios amigables de VIH, salud sexual y reproductiva y reducción de daños accesibles de forma independiente y por igual para hombres y mujeres jóvenes.

ODS 16 PROMOVER SOCIEDADES JUSTAS, PACÍFICAS E INCLUSIVAS: Se eliminan leyes punitivas, políticas, prácticas, estigma y discriminación que impiden las respuestas eficaces al VIH

> Las personas que viven con, están en riesgo de infección o afectadas por el VIH conocen sus derechos y pueden tener acceso a servicios legales y desafían las violaciones a los derechos humanos.

> El estigma y la discriminación relacionadas con el VIH se eliminan entre los proveedores de servicios de atención de salud, lugares de trabajo y entornos educativos.

> Se emiten y ejecutan las leyes, políticas y programas para prevenir y combatir la violencia contra las poblaciones clave.

Servicios de salud y de VIH centrados en las personas e integrados en el contexto de sistemas de salud más fuertes

> Esquemas de cobertura universal de salud sensibles al VIH implementados.

> Las personas que viven con, están en riesgo de infección y afectadas por el VIH acceden a servicios integrados, incluyendo los de VIH, tuberculosis, salud sexual y reproductiva, salud materna, neonatal e infantil, hepatitis, drogodependencia, apoyo

	<p>alimentario y nutricional y enfermedades no transmisibles, especialmente a nivel comunitario.</p> <p>A la luz de la necesidad de cambio, esta estrategia busca lograr un conjunto de objetivos y metas de gran alcance —centrados en las personas — que se deben cumplir para el año 2020 si queremos alcanzar nuestra ambición de acabar con la epidemia del sida para el 2030.</p> <p>La Agenda de Liderazgo Estratégico 2016-2021 está organizada deliberadamente en el marco de los ODS en torno a los cinco más relevantes para la respuesta al sida.</p>
<p><b>Guía de capacitación para personal de los centros comunitarios de detección.</b></p>	<p><b>INTRODUCCIÓN</b></p> <p><b>La participación social: Los Centros Comunitarios de Detección</b></p> <p>A nivel nacional e internacional se ha evidenciado que los Centros Comunitarios de Detección del VIH (CCD) dirigidos a poblaciones clave, ubicados en espacios próximos a estas comunidades, representan espacios eficientes en la detección del VIH ya que captan a más personas en fases tempranas de la infección. Asimismo, los CCD constituyen espacios estratégicos para la implementación y monitoreo y evaluación de estrategias multifocales que incluyen desde la detección, consejería y acompañamiento de las personas con VIH, hasta su vinculación con los servicios, además de otras intervenciones de soporte comunitario que buscan mejorar la calidad de vida de la población.</p> <p><b>OBJETIVO DE LA GUÍA:</b> Describir lineamientos generales que orienten el proceso de provisión de servicios de detección, consejería y vinculación de personas con VIH.</p> <p><b>Los retos de la práctica comunitaria de prevención del VIH</b></p> <p><b>PROBLEMA: Prevalencia 0 o &lt;1 por cien pruebas rápidas de VIH aplicadas en población clave</b></p> <p><b>a) Procesos de detección: Información útil para los CCD en México</b></p> <p>...los CCD deben focalizar actividades en las poblaciones de más prevalencia de VIH: HSH, TTT</p> <p><b>b) Procesos de vinculación de personas con VIH con los servicios de salud: Información útil para los CCD en México</b></p> <p>La vinculación oportuna de las personas con resultados positivos de pruebas rápidas de VIH representa un paso clave para asegurar el acceso al tratamiento en los servicios de salud.</p> <p><b>c) Características básicas para provisión de servicios con calidad</b></p> <p>...en todos los CCD se debe garantizar que cumplen con los principios básicos para adoptar prácticas novedosas que incrementen el acceso a pruebas de manera voluntaria; bajo consentimiento informado; manejo de resultados de manera</p>

confidencial; servicios centrados en el usuario; y vinculación a servicios de atención médica.

...en general se parte del reconocimiento de que las pruebas de detección y la orientación con respecto al VIH constituye un proceso que debe estar orientado por un sentido ético, y debe ser implementado por personal que cuente con las competencias necesarias para brindar consejería con calidad y calidad, y libre de estigma y discriminación.

## Anexo 2

Marco legal alrededor de la atención de niñas, adolescentes, mujeres y mujeres trans que viven con VIH en México.

Documento	Articulado
<p><b>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos</b></p>	<p><b>Artículo 1º.</b> Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.</p> <p>Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.</p> <p><b>Artículo 4º.</b> El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.</p> <p>Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.</p>
<p><b>Ley General de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes</b></p>	<p>Artículo 1º.- La presente Ley es de orden público, interés social y observancia general en el territorio nacional, y tiene por objeto:</p> <p>I. Reconocer a niñas, niños y adolescentes como titulares de derechos, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad; en los términos que establece el artículo 1o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;</p> <p>II. Garantizar el pleno ejercicio, respeto, protección y promoción de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes conforme a lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano forma parte.</p> <p>Artículo 2º.-Para garantizar la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, las autoridades realizarán las acciones y tomarán medidas, de conformidad con los principios establecidos en la presente Ley....</p> <p>El interés superior de la niñez deberá ser considerado de manera primordial en la toma de decisiones sobre una cuestión debatida que involucre niñas, niños y adolescentes. Cuando se presenten diferentes interpretaciones, se elegirá la que satisfaga de manera más efectiva este principio rector. Cuando se tome una decisión que afecte a niñas, niños o adolescentes, en lo individual o colectivo, se deberán evaluar y ponderar las posibles repercusiones a fin de salvaguardar su interés superior y sus garantías procesales.</p> <p>Artículo 3º.- La Federación, las entidades federativas, los municipios y las demarcaciones territoriales del Distrito Federal, en el ámbito de</p>

sus respectivas competencias, concurrirán en el cumplimiento del objeto de esta Ley, para el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas públicas en materia de ejercicio, respeto, protección y promoción de los derechos de niñas, niños y adolescentes, así como para garantizar su máximo bienestar posible privilegiando su interés superior a través de medidas estructurales, legales, administrativas y presupuestales.

Artículo 4º.- Para los efectos de esta Ley, se entenderá por:

XI. Discriminación Múltiple. La situación de vulnerabilidad específica en la que se encuentran niñas, niños y adolescentes que al ser discriminados por tener simultáneamente diversas condiciones, ven anulados o menoscabados sus derechos;

XIV. Igualdad Sustantiva. El acceso al mismo trato y oportunidades para el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales;

Artículo 6º.- Para efectos del artículo 2 de esta Ley, son principios rectores, los siguientes:

I. El interés superior de la niñez;

II. La universalidad, interdependencia, indivisibilidad, progresividad e integralidad de los derechos de niñas, niños y adolescentes, conforme a lo dispuesto en los artículos 1o y 4o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos así como en los tratados internacionales;

III. La igualdad sustantiva;

IV. La no discriminación;

V. La inclusión;

VI. El derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo;

VII. La participación;

VIII. La interculturalidad;

IX. La corresponsabilidad de los miembros de la familia, la sociedad y las autoridades;

X. La transversalidad en la legislación, políticas públicas, actividades administrativas, económicas y culturales;

XI. La autonomía progresiva;

XII. El principio pro persona;

XIII. El acceso a una vida libre de violencia, y

XIV. La accesibilidad.

Artículo.- 10 En la aplicación de la presente Ley se tomarán en cuenta las condiciones particulares de niñas, niños y adolescentes en los

diferentes grupos de población, a fin de proteger el ejercicio igualitario de todos sus derechos.

Las autoridades federales, de las entidades federativas, municipales y de las demarcaciones territoriales del Distrito Federal, en el ámbito de sus respectivas competencias, adoptarán medidas de protección especial de derechos de niñas, niños y adolescentes que se encuentren en situación de vulnerabilidad por circunstancias específicas de carácter socioeconómico, alimentario, psicológico, físico, discapacidad, identidad cultural, origen étnico o nacional, situación migratoria o apatridia, o bien, relacionadas con aspectos de género, preferencia sexual, creencias religiosas o prácticas culturales, u otros que restrinjan o limiten el ejercicio de sus derechos.

Artículo 13.- Para efectos de la presente Ley son derechos de niñas, niños y adolescentes, de manera enunciativa más no limitativa, los siguientes:

V. Derecho a la igualdad sustantiva;

VI. Derecho a no ser discriminado;

IX. Derecho a la protección de la salud y a la seguridad social.

Las autoridades federales, de las entidades federativas, municipales y de las demarcaciones territoriales del Distrito Federal, en el ámbito de sus respectivas competencias, adoptarán las medidas necesarias para garantizar estos derechos a todas las niñas, niños y adolescentes sin discriminación de ningún tipo o condición.

Artículo 17.- Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a que se les asegure prioridad en el ejercicio de todos sus derechos, especialmente a que:

II. Se les atienda antes que a las personas adultas en todos los servicios, en igualdad de condiciones,

Artículo 36.- Niñas, niños y adolescentes tienen derecho al acceso al mismo trato y oportunidades para el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Artículo 37.- Las autoridades de la Federación, de las entidades federativas, de los municipios y de las demarcaciones territoriales del Distrito Federal, para garantizar la igualdad sustantiva deberán:

I. Transversalizar la perspectiva de género en todas sus actuaciones y procurar la utilización de un lenguaje no sexista en sus documentos oficiales;

II. Diseñar, implementar y evaluar programas, políticas públicas a través de Acciones afirmativas tendientes a eliminar los obstáculos que impiden la igualdad de acceso y de oportunidades a la alimentación, a la educación y a la atención médica entre niñas, niños y adolescentes;

III. Implementar acciones específicas para alcanzar la eliminación de costumbres, tradiciones, prejuicios, roles y estereotipos sexistas o de cualquier otra índole que estén basadas en la idea de inferioridad;

IV. Establecer medidas dirigidas de manera preferente a niñas y adolescentes que pertenezcan a grupos y regiones con mayor rezago

educativo o que enfrenten condiciones económicas y sociales de desventaja para el ejercicio de los derechos contenidos en esta Ley;

V. Establecer los mecanismos institucionales que orienten al Estado mexicano hacia el cumplimiento de la igualdad sustantiva en los ámbitos público y privado, promoviendo el empoderamiento de las niñas y adolescentes;

VI. Desarrollar campañas permanentes de sensibilización de los derechos de niñas y adolescentes.

Artículo 38.- Las normas aplicables a las niñas y a las adolescentes deberán estar dirigidas a visibilizar, promover, respetar, proteger y garantizar, en todo momento, sus derechos en aras de alcanzar la igualdad sustantiva con respecto a los niños y a los adolescentes; y, en general, con toda la sociedad.

Artículo 39.- Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a no ser sujetos de discriminación alguna ni de limitación o restricción de sus derechos, en razón de su origen étnico, nacional o social, idioma o lengua, edad, género, preferencia sexual, estado civil, religión, opinión, condición económica, circunstancias de nacimiento, discapacidad o estado de salud o cualquier otra condición atribuible a ellos mismos o a su madre, padre, tutor o persona que los tenga bajo guarda y custodia, o a otros miembros de su familia.

Asimismo, las autoridades están obligadas a llevar a cabo medidas especiales para prevenir, atender y erradicar la Discriminación Múltiple de la que son objeto niñas, niños y adolescentes en situación de exclusión social, en situación de calle, afrodescendientes, peores formas de trabajo infantil o cualquiera otra condición de marginalidad.

Artículo 40.- Las autoridades federales, de las entidades federativas, municipales y de las demarcaciones territoriales del Distrito Federal, en el ámbito de sus respectivas competencias, están obligadas a adoptar medidas y a realizar las acciones afirmativas necesarias para garantizar a niñas, niños y adolescentes la igualdad sustantiva, de oportunidades y el derecho a la no discriminación.

La adopción de estas medidas y la realización de acciones afirmativas formarán parte de la perspectiva antidiscriminatoria, la cual será incorporada de manera transversal y progresiva en el quehacer público, y de manera particular en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas. Serán factor de análisis prioritario las diferencias de género como causa de vulnerabilidad y discriminación en contra de las niñas y las adolescentes.

Artículo 42.- Las autoridades federales, de las entidades federativas, municipales y de las demarcaciones territoriales del Distrito Federal, en el ámbito de sus respectivas competencias, adoptarán medidas para la eliminación de usos, costumbres, prácticas culturales o prejuicios que atenten contra la igualdad de niñas, niños y adolescentes por razón de género o que promuevan cualquier tipo de discriminación, atendiendo al interés superior de la niñez.

Artículo 50.- Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad de conformidad con la legislación aplicable, con el fin de prevenir, proteger y restaurar su salud. Las autoridades federales, de las entidades federativas, municipales y de las demarcaciones territoriales del Distrito Federal, en el ámbito de sus respectivas competencias, en relación con los derechos de niñas, niños y adolescentes, se coordinarán a fin de:

X. Atender de manera especial las enfermedades respiratorias, renales, gastrointestinales, epidémicas, cáncer, VIH/SIDA y otras

	<p>enfermedades de transmisión sexual e impulsar programas de prevención e información sobre éstas.</p> <p>Los Sistemas Nacional y estatales de Salud deberán garantizar el pleno cumplimiento del derecho a la salud atendiendo al derecho de prioridad, al interés superior de la niñez, la igualdad sustantiva y la no discriminación, así como establecer Acciones afirmativas a favor de niñas, niños y adolescentes. En todos los casos se respetará el derecho a la intimidad de niñas, niños y adolescentes.</p> <p>Artículo 103.- Son obligaciones de quienes ejercen la patria potestad, tutela o guarda y custodia, así como de las demás personas que por razón de sus funciones o actividades tengan bajo su cuidado niñas, niños o adolescentes, en proporción a su responsabilidad y, cuando sean instituciones públicas, conforme a su ámbito de competencia, las siguientes:</p> <p>I. Garantizar sus derechos alimentarios, el libre desarrollo de su personalidad y el ejercicio de sus derechos, de conformidad con lo dispuesto en la presente Ley y demás disposiciones aplicables. Para los efectos de esta fracción, los derechos alimentarios comprenden esencialmente la satisfacción de las necesidades de alimentación y nutrición, habitación, educación, vestido, atención médica y psicológica preventiva integrada a la salud, asistencia médica y recreación. Las leyes federales y de las entidades federativas deberán prever los procedimientos y la orientación jurídica necesaria así como las medidas de apoyo para asegurar el cumplimiento del deber de garantizar los derechos alimentarios.</p> <p>Artículo 109.- Todo centro de asistencia social, es responsable de garantizar la integridad física y psicológica de las niñas, niños y adolescentes que tengan bajo su custodia.</p> <p>Los servicios que presten los centros de asistencia social estarán orientados a brindar, en cumplimiento a sus derechos:</p> <p>IV. Atención integral y multidisciplinaria que le brinde servicio médico integral, atención de primeros auxilios, seguimiento psicológico, social, jurídico, entre otros.</p> <p>Artículo 116.- Corresponden a las autoridades federales y locales de manera concurrente, las atribuciones siguientes:</p> <p>IV. Adoptar medidas de protección especial de derechos de niñas, niños y adolescentes que se encuentren en situación de vulnerabilidad por circunstancias específicas de carácter socioeconómico, psicológico, físico, discapacidad, identidad cultural, origen étnico o nacional, situación migratoria o bien, relacionadas con aspectos de género, preferencia sexual, creencias religiosas o prácticas culturales, u otros que restrinjan o limiten sus derechos;</p> <p>XII. Adoptar medidas para la eliminación de usos, costumbres, prácticas culturales, religiosas, estereotipos sexistas o prejuicios que atenten contra la igualdad de niñas, niños y adolescentes por razón de género o que promuevan cualquier tipo de discriminación;</p>
<p><b>Ley General de Salud</b></p>	<p>Artículo 1º. La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.</p> <p>Artículo 6o.- El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:</p>

I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en la promoción, implementación e impulso de acciones de atención integrada de carácter preventivo, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas.

Artículo 7o.- La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, correspondiéndole a ésta:

XII. Coadyuvar a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 10. La Secretaría de Salud promoverá la participación, en el sistema nacional de salud, de los prestadores de servicios de salud, de los sectores público, social y privado, de sus trabajadores y de los usuarios de los mismos, así como de las autoridades o representantes de las comunidades indígenas, en los términos de las disposiciones que al efecto se expidan.

Asimismo, fomentará la coordinación con los proveedores de insumos para la salud, a fin de racionalizar y procurar la disponibilidad de estos últimos.

Artículo 19.- La Federación y los gobiernos de las entidades federativas, de conformidad con las disposiciones legales aplicables, aportarán los recursos materiales, humanos y financieros que sean necesarios para la operación de los servicios de salubridad general, que queden comprendidos en los acuerdos de coordinación que al efectos se celebren.

Artículo 25.- Conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables.

Artículo 28.- Para los efectos del artículo anterior, habrá un Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y un Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel, elaborados por el Consejo de Salubridad General a los cuales se ajustarán las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, y en los que se agruparán, caracterizarán y codificarán los insumos para la salud. Para esos efectos, participarán en su elaboración: La Secretaría de Salud, las instituciones públicas de seguridad social y las demás que señale el Ejecutivo Federal.

Artículo 29.- Del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, la Secretaría de Salud determinará la lista de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud, y garantizará su existencia permanente y disponibilidad a la población que los requiera, en coordinación con las autoridades competentes.

Artículo 35.- Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los residentes del país que así lo requieran, preferentemente a favor de personas pertenecientes a grupos sociales en situación de vulnerabilidad, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.

Artículo 36.- Se eximirá del cobro de las cuotas de recuperación por concepto de atención médica y medicamentos, a todo menor a partir de su nacimiento hasta cinco años cumplidos, que no sea beneficiario o derechohabiente de alguna institución del sector salud. Para el

cumplimiento de esta disposición, será requisito indispensable que la familia solicitante se encuentre en un nivel de ingreso correspondiente a los tres últimos deciles establecidos por la Secretaría de Salud.

Artículo 51.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Artículo 51 Bis 1.- Los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.

Artículo 51 Bis 2.- Los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos.

Artículo 77 bis 1.- Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social.

La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.

Artículo 77 bis 3.- Las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, se incorporarán al Sistema de Protección Social en Salud que les corresponda en razón de su domicilio, con lo cual gozarán de las acciones de protección en salud a que se refiere este Título.

Artículo 77 bis 9.- La acreditación de la calidad de los servicios prestados deberá considerar, al menos, los aspectos siguientes:

III. Programación de citas para consultas;

IV. Atención personalizada;

VII. Prescripción y surtimiento de medicamentos, y

VIII. Información al usuario sobre diagnóstico y pronóstico, así como del otorgamiento de orientación terapéutica.

Artículo 77 bis 10. Los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud se ajustarán a las bases siguientes:

II. Verificarán que se provean de manera integral los servicios de salud, los medicamentos y demás insumos para la salud asociados, siempre que los beneficiarios cumplan con sus obligaciones;

	<p>Artículo 77 bis 36.- Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tienen derecho a recibir bajo ningún tipo de discriminación los servicios de salud, los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos, en las unidades médicas de la administración pública, tanto federal como local, acreditados de su elección de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.</p> <p>Artículo 77 bis 37.- Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán además de los derechos establecidos en el artículo anterior, los siguientes:</p> <p>III. Trato digno, respetuoso y atención de calidad;</p> <p>IV. Recibir los medicamentos que sean necesarios y que correspondan a los servicios de salud;</p> <p>V. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen;</p> <p>VIII. Decidir libremente sobre su atención;</p> <p>IX. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos;</p> <p>X. Ser tratado con confidencialidad.</p> <p>Artículo 141.- La Secretaría de Salud coordinará sus actividades con otras dependencias y entidades públicas y con los gobiernos de las entidades federativas, para la investigación, prevención y control de las enfermedades transmisibles.</p> <p>Artículo 143.- Los trabajadores de la salud de la Secretaría de Salud y de los gobiernos de las entidades federativas, y los de otras instituciones autorizadas por las autoridades sanitarias mencionadas, por necesidades técnicas de los programas específicos de prevención y control de enfermedades y por situaciones que pongan en peligro la salud de la población, podrán acceder al interior de todo tipo de local o casa habitación para el cumplimiento de actividades encomendadas a su responsabilidad, para cuyo fin deberán estar debidamente acreditados por alguna de las autoridades sanitarias competentes, en los términos de las disposiciones aplicables.</p>
<b>Ley del Seguro Social</b>	<p>Artículo 2. La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.</p> <p>Artículo 56. El asegurado que sufra un riesgo de trabajo tiene derecho a las siguientes prestaciones en especie:</p> <p>I. Asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica;</p> <p>II. Servicio de hospitalización;</p> <p>III. Aparatos de prótesis y ortopedia, y</p> <p>IV. Rehabilitación.</p> <p>Artículo 91. En caso de enfermedad no profesional, el Instituto otorgará al asegurado la asistencia médico quirúrgica, farmacéutica y</p>

	<p>hospitalaria que sea necesaria, desde el comienzo de la enfermedad y durante el plazo de cincuenta y dos semanas para el mismo padecimiento.</p> <p>Artículo 251. El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene las facultades y atribuciones siguientes:</p> <p>I. Administrar los seguros de riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, invalidez y vida, guarderías y prestaciones sociales, salud para la familia, adicionales y otros, así como prestar los servicios de beneficio colectivo que señala esta Ley;</p> <p>II. Satisfacer las prestaciones que se establecen en esta Ley;</p> <p>VI. Establecer unidades médicas, guarderías infantiles, farmacias, velatorios, así como centros de capacitación, deportivos, culturales, vacacionales, de seguridad social para el bienestar familiar y demás establecimientos para el cumplimiento de los fines que le son propios, sin sujetarse a las condiciones salvo las sanitarias, que fijen las leyes y reglamentos respectivos para empresas privadas, con actividades similares;</p> <p>XXXII. Celebrar convenios de cooperación e intercambio en materia de medicina preventiva, atención médica, manejo y atención hospitalaria y rehabilitación de cualquier nivel con otras instituciones de seguridad social o de salud de los sectores públicos federal, estatal o municipal o del sector social;</p> <p>XXXVI. Prestar servicios a quienes no sean sus derechohabientes, a título oneroso, a efecto de utilizar de manera eficiente su capacidad instalada y coadyuvar al financiamiento de su operación y mantenimiento, siempre que ello no represente menoscabo en la calidad y calidez del servicio que debe prestar a sus derechohabientes,</p> <p>Artículo 286 G. Con el fin de contar con un cuerpo permanente de profesionales, calificado y especializado en las actividades y funciones que le corresponden, así como de garantizar la adecuada prestación y mejora de los servicios en beneficio de los derechohabientes y de la sociedad en general, el Instituto deberá establecer las políticas y realizar las acciones necesarias para establecer un sistema de profesionalización y desarrollo de los trabajadores de confianza</p> <p>Artículo 303. Los servidores públicos del Instituto, están obligados a observar en el cumplimiento de sus obligaciones, los principios de responsabilidad, ética profesional, excelencia, honradez, lealtad, imparcialidad, eficiencia, calidez y calidad en la prestación de los servicios y en la atención a los derechohabientes y estarán sujetos a las responsabilidades civiles o penales en que pudieran incurrir como encargados de un servicio público.</p>
<p><b>Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos</b></p>	<p>Artículo 2o.- La Comisión Nacional de los Derechos Humanos es un organismo que cuenta con autonomía de gestión y presupuestaria, personalidad jurídica y patrimonio propios, y tiene por objeto esencial la protección, observancia, promoción, estudio y divulgación de los derechos humanos que ampara el orden jurídico mexicano.</p> <p>Artículo 4o.- Para la defensa y promoción de los derechos humanos se observarán los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. Los procedimientos de la Comisión deberán ser breves y sencillos, y estarán sujetos sólo a formalidades esenciales que requiera la documentación de los expedientes respectivos; seguirán además los principios de inmediatez, concentración y</p>

	<p>rapidez. Se procurará, en la medida de lo posible, el contacto directo con quejosos, denunciantes y autoridades, para evitar la dilación de las comunicaciones escritas.</p> <p>Artículo 6o.- La Comisión Nacional tendrá las siguientes atribuciones:</p> <p>I.- Recibir quejas de presuntas violaciones a derechos humanos;</p> <p>II.- Conocer e investigar a petición de parte, o de oficio, presuntas violaciones de derechos humanos en los siguientes casos:</p> <p>a) Por actos u omisiones de autoridades administrativas de carácter federal;</p> <p>b) Cuando los particulares o algún otro agente social cometan ilícitos con la tolerancia o anuencia de algún servidor público o autoridad, o bien cuando estos últimos se nieguen infundadamente a ejercer las atribuciones que legalmente les correspondan en relación con dichos ilícitos, particularmente en tratándose de conductas que afecten la integridad física de las personas;</p> <p>VII.- Impulsar la observancia de los derechos humanos en el país;</p> <p>IX.- Promover el estudio, la enseñanza y divulgación de los derechos humanos en el ámbito nacional e internacional;</p> <p>XI.- Elaborar y ejecutar programas preventivos en materia de derechos humanos;</p> <p>XIV Bis.- La observancia del seguimiento, evaluación y monitoreo, en materia de igualdad entre mujeres y hombres;</p> <p>Artículo 25.- Cualquier persona podrá denunciar presuntas violaciones a los derechos humanos y acudir ante las oficinas de la Comisión Nacional para presentar, ya sea directamente o por medio de representante, quejas contra dichas violaciones.</p> <p>Artículo 26.- La queja sólo podrá presentarse dentro del plazo de un año, a partir de que se hubiera iniciado la ejecución de los hechos que se estimen violatorios, o de que el quejoso hubiese tenido conocimiento de los mismos. En casos excepcionales, y tratándose de infracciones graves a los derechos humanos, la Comisión Nacional podrá ampliar dicho plazo mediante una resolución razonada. No contará plazo alguno cuando se trate de hechos que por su gravedad puedan ser considerados violaciones de lesa humanidad.</p> <p>Artículo 27.- La instancia respectiva deberá presentarse de forma oral, por escrito o por lenguaje de señas mexicanas y podrá formularse por cualquier medio de comunicación eléctrica, electrónica o telefónica y a través de mecanismos accesibles para personas con discapacidad. No se admitirán comunicaciones anónimas, por lo que toda queja o reclamación deberá ratificarse dentro de los tres días siguientes a su presentación, si el quejoso no se identifica y la suscribe en un primer momento.</p> <p>Artículo 32.- La formulación de quejas y denuncias, así como las resoluciones y Recomendaciones que emita la Comisión Nacional, no afectarán el ejercicio de otros derechos y medios de defensa que puedan corresponder a los afectados conforme a las leyes, no suspenderán ni interrumpirán sus plazos preclusivos, de prescripción o caducidad. Esta circunstancia deberá señalarse a los interesados en el acuerdo de admisión de la instancia.</p>
<p><b>Ley general para la igualdad entre</b></p>	<p>Artículo 1. La presente Ley tiene por objeto regular y garantizar la igualdad de oportunidades y de trato entre mujeres y hombres, proponer los lineamientos y mecanismos institucionales que orienten a la Nación hacia el cumplimiento de la igualdad sustantiva en los</p>

## **mujeres y hombres**

ámbitos público y privado, promoviendo el empoderamiento de las mujeres y la lucha contra toda discriminación basada en el sexo. Sus disposiciones son de orden público e interés social y de observancia general en todo el Territorio Nacional.

Artículo 2.- Son principios rectores de la presente Ley: la igualdad, la no discriminación, la equidad y todos aquellos contenidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Artículo 3.- Son sujetos de los derechos que establece esta Ley, las mujeres y los hombres que se encuentren en territorio nacional, que por razón de su sexo, independientemente de su edad, estado civil, profesión, cultura, origen étnico o nacional, condición social, salud, religión, opinión o discapacidad, se encuentren con algún tipo de desventaja ante la violación del principio de igualdad que esta Ley tutela.

Artículo 5.- Para los efectos de esta Ley se entenderá por:

II. Discriminación. Toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas;

III. Discriminación contra la Mujer. Toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera;

IV. Igualdad de Género. Situación en la cual mujeres y hombres acceden con las mismas posibilidades y oportunidades al uso, control y beneficio de bienes, servicios y recursos de la sociedad, así como a la toma de decisiones en todos los ámbitos de la vida social, económica, política, cultural y familiar;

V. Igualdad Sustantiva. Es el acceso al mismo trato y oportunidades para el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales;

VI. Perspectiva de Género. Concepto que se refiere a la metodología y los mecanismos que permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres, que se pretende justificar con base en las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las acciones que deben emprenderse para actuar sobre los factores de género y crear las condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la igualdad de género;

Artículo 6.- La igualdad entre mujeres y hombres implica la eliminación de toda forma de discriminación en cualquiera de los ámbitos de la vida, que se genere por pertenecer a cualquier sexo.

Artículo 9.- La Federación, a través de la Secretaría que corresponda según la materia de que se trate, o de las instancias administrativas que se ocupen del adelanto de las mujeres, podrá suscribir convenios o acuerdos de coordinación con la coparticipación del Instituto Nacional de las Mujeres, a fin de::

- I. Fortalecer sus funciones y atribuciones en materia de igualdad;
- II. Establecer mecanismos de coordinación para lograr la transversalidad de la perspectiva de género en la función pública nacional;
- III. Impulsar la vinculación interinstitucional en el marco del Sistema;
- IV. Coordinar las tareas en materia de igualdad mediante acciones específicas y, en su caso, afirmativas que contribuyan a una estrategia nacional, y
- V.- Proponer iniciativas y políticas de cooperación para el desarrollo de mecanismos de participación igualitaria de mujeres y hombres, en los ámbitos de la economía, toma de decisiones y en la vida social, deportiva, cultural y civil.

Artículo 12.- Corresponde al Gobierno Federal:

- V. Garantizar la igualdad de oportunidades, mediante la adopción de políticas, programas, proyectos e instrumentos compensatorios como acciones afirmativas;

Artículo 13.- Las autoridades de los tres órdenes de gobierno tendrán a su cargo la aplicación de la presente Ley, sin perjuicio de las atribuciones que les correspondan.

Artículo 15.- Corresponde a las y los titulares de los Gobiernos Estatales y del Distrito Federal:

- I. Conducir la política local en materia de igualdad entre mujeres y hombres;

Artículo 16.- De conformidad con lo dispuesto en la presente Ley y las leyes locales de la materia, corresponde a los Municipios:

- I. Implementar la política municipal en materia de igualdad entre mujeres y hombres, en concordancia con las políticas Nacional y locales correspondientes;

Artículo 17.- La Política Nacional que desarrolle el Ejecutivo Federal deberá considerar los siguientes lineamientos:

- I. Fomentar la igualdad entre mujeres y hombres en todos los ámbitos de la vida;
- IV. Promover la igualdad de acceso y el pleno disfrute de los derechos sociales para las mujeres y los hombres;
- V. Promover la igualdad entre mujeres y hombres en la vida civil;
- IX. La utilización de un lenguaje no sexista en el ámbito administrativo y su fomento en la totalidad de las relaciones sociales;
- XI. Incluir en la formulación, desarrollo y evaluación de políticas, estrategias y programas de salud, los mecanismos para dar atención a las necesidades de mujeres y hombres en materia de salud;

Artículo 18.- Son instrumentos de la Política Nacional en Materia de Igualdad entre mujeres y hombres, los siguientes:

- I. El Sistema Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres;
- II. El Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, y

	<p>III. La Observancia en materia de Igualdad entre Mujeres y Hombres.</p> <p>Artículo 38.- Dentro de las acciones a realizar de parte de las autoridades se encuentran: VI (sic DOF 02-08-2006). Impulsar acciones que aseguren la igualdad de acceso de mujeres y de hombres a la alimentación, la educación y la salud,</p> <p>Artículo 39.- Con el fin de promover y procurar la igualdad en la vida civil de mujeres y hombres, será objetivo de la Política Nacional:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>I. Evaluar la legislación en materia de igualdad entre mujeres y hombres;</li> <li>II. Promover los derechos específicos de las mujeres como derechos humanos universales, y</li> <li>III. Erradicar las distintas modalidades de violencia de género.</li> </ol> <p>Artículo 41.- Será objetivo de la Política Nacional la eliminación de los estereotipos que fomentan la discriminación y la violencia contra las mujeres.</p> <p>Artículo 42.- Para los efectos de lo previsto en el artículo anterior, las autoridades correspondientes desarrollarán las siguientes acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>I. Promover acciones que contribuyan a erradicar toda discriminación, basada en estereotipos de género;</li> <li>II. Desarrollar actividades de concientización sobre la importancia de la igualdad entre mujeres y hombres;</li> <li>III. Vigilar la integración de una perspectiva de género en todas las políticas públicas;</li> <li>IV. Promover la utilización de un lenguaje con perspectiva de género en la totalidad de las relaciones sociales;</li> </ol>
<p><b>Ley Federal para prevenir y Eliminar la Discriminación</b></p>	<p>Artículo 1.- Las disposiciones de esta ley son de orden público y de interés social. El objeto de la misma es prevenir y eliminar todas las formas de discriminación que se ejerzan contra cualquier persona en los términos del Artículo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como promover la igualdad de oportunidades y de trato.</p> <p>Para los efectos de esta ley se entenderá por:</p> <p>III. Discriminación: Para los efectos de esta ley se entenderá por discriminación toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que, por acción u omisión, con intención o sin ella, no sea objetiva, racional ni proporcional y tenga por objeto o resultado obstaculizar, restringir, impedir, menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades, cuando se base en uno o más de los siguientes motivos: el origen étnico o nacional, el color de piel, la cultura, el sexo, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, económica, de salud o jurídica, la religión, la apariencia física, las características genéticas, la situación migratoria, el embarazo, la lengua, las opiniones, las preferencias sexuales, la identidad o filiación política, el estado civil, la situación familiar, las responsabilidades familiares, el idioma, los antecedentes penales o cualquier otro motivo;</p> <p>Artículo 2.- Corresponde al Estado promover las condiciones para que la libertad y la igualdad de las personas sean reales y efectivas.</p> <p>Artículo 3.- Cada uno de los poderes públicos federales adoptará las medidas que estén a su alcance, tanto por separado como</p>

coordinadamente, de conformidad con la disponibilidad de recursos que se haya determinado para tal fin en el Presupuesto de Egresos de la Federación del ejercicio correspondiente, para que toda persona goce, sin discriminación alguna, de todos los derechos y libertades consagrados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en las leyes y en los tratados internacionales de los que el estado mexicano sea parte.

Artículo 4.- Queda prohibida toda práctica discriminatoria que tenga por objeto o efecto impedir o anular el reconocimiento o ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades en términos del artículo 1o. constitucional y el artículo 1, párrafo segundo, fracción III de esta Ley.

Artículo 7.- ....cuando se presenten diferentes interpretaciones, se deberá preferir aquella que proteja con mayor eficacia a las personas o a los grupos que sean afectados por conductas discriminatorias

Artículo 9.- Asimismo, fomentará la coordinación con los proveedores de insumos para la salud, a fin de racionalizar y procurar la disponibilidad de estos últimos. se consideran como discriminación, entre otras:

VII. Negar o condicionar los servicios de atención médica, o impedir la participación en las decisiones sobre su tratamiento médico o terapéutico dentro de sus posibilidades y medios;

XX. Impedir el acceso a la seguridad social y a sus beneficios o establecer limitaciones para la contratación de seguros médicos, salvo en los casos que la ley así lo disponga;

XXI. Limitar el derecho a la alimentación, la vivienda, el recreo y los servicios de atención médica adecuados, en los casos que la ley así lo prevea;

XXXII. Estigmatizar y negar derechos a personas con VIH/SIDA;

Artículo 15 Quáter.- Las medidas de nivelación incluyen, entre otras:

I. Ajustes razonables en materia de accesibilidad física, de información y comunicaciones;

VIII. Creación de licencias de paternidad, homologación de condiciones de derechos y prestaciones para los grupos en situación de discriminación o vulnerabilidad

Artículo 15 Sextus.- Las medidas de inclusión podrán comprender, entre otras, las siguientes

II. La integración en el diseño, instrumentación y evaluación de las políticas públicas del derecho a la igualdad y no discriminación;

III. El desarrollo de políticas contra la homofobia, xenofobia, la misoginia, la discriminación por apariencia o el adultocentrismo;

IV. Las acciones de sensibilización y capacitación dirigidas a integrantes del servicio público con el objetivo de combatir actitudes discriminatorias,

Artículo 15 Octavus.- Las acciones afirmativas podrán incluir, entre otras, las medidas para favorecer el acceso, permanencia y promoción de personas pertenecientes a grupos en situación de discriminación y subrepresentados, en espacios educativos, laborales y cargos de

	<p>elección popular a través del establecimiento de porcentajes o cuotas.</p> <p>Las acciones afirmativas serán prioritariamente aplicables hacia personas pertenecientes a los pueblos indígenas, afro descendientes, mujeres, niñas, niños y adolescentes, personas con discapacidad y personas adultas mayores.</p> <p>Artículo 17.- El Consejo tiene como objeto:</p> <p>II. Llevar a cabo, las acciones conducentes para prevenir y eliminar la discriminación;</p> <p>III. Formular y promover políticas públicas para la igualdad de oportunidades y de trato a favor de las personas que se encuentren en territorio nacional</p> <p>Artículo 20.- Son atribuciones del Consejo:</p> <p>XXX. Promover una cultura de denuncia de prácticas discriminatorias;</p> <p>XXXIII. Promover el uso no sexista del lenguaje e introducir formas de comunicación incluyentes en el ámbito público y privado;</p> <p>Capítulo V. El procedimiento de queja</p> <p>Artículo 83.- El Consejo dispondrá la adopción de las siguientes medidas administrativas para prevenir y eliminar la discriminación:</p> <p>I. La impartición de cursos o talleres que promuevan el derecho a la no discriminación y la igualdad de oportunidades;</p> <p>II. La fijación de carteles donde se señale que en ese establecimiento, asociación o institución se realizaron hechos, actos, omisiones o prácticas sociales discriminatorias, o mediante los que se promueva la igualdad y la no discriminación;</p> <p>III. La presencia de personal del Consejo para promover y verificar la adopción de medidas a favor de la igualdad de oportunidades y la eliminación de toda forma de discriminación;</p> <p>IV. La difusión de la versión pública de la resolución en el órgano de difusión del Consejo, y</p> <p>V. La publicación o difusión de una síntesis de la resolución en los medios impresos o electrónicos de comunicación.</p> <p>Artículo 84.- Para la imposición de las medidas administrativas y de reparación, se tendrá en consideración:</p> <p>II. La gravedad de la conducta o práctica social discriminatoria;</p> <p>II Bis. La concurrencia de dos o más motivos o formas de discriminación;</p> <p>III. La reincidencia, entendiéndose por ésta cuando la misma persona incurra en igual, semejante o nueva violación al derecho a la no discriminación, sea en perjuicio de la misma o diferente parte agraviada;</p> <p>IV. El efecto producido por la conducta o práctica social discriminatoria.</p>
<p><b>Ley del Instituto Nacional de las Mujeres</b></p>	<p>Artículo 1.- Las disposiciones de esta Ley son de orden público y de observancia general en toda la República, en materia de igualdad de género e igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres, en los términos del Artículo Cuarto, párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.</p>

Artículo 3.- Son sujetos de los derechos que esta Ley garantiza todas las mujeres mexicanas y extranjeras que se encuentren en el territorio nacional, y las mexicanas en el extranjero, sin importar origen étnico, edad, estado civil, idioma, cultura, condición social, discapacidad, religión o dogma; quienes podrán participar en los programas, servicios y acciones que se deriven del presente ordenamiento.

Artículo 4.- El objeto general del Instituto es promover y fomentar las condiciones que posibiliten la no discriminación, la igualdad de oportunidades y de trato entre los géneros; el ejercicio pleno de todos los derechos de las mujeres y su participación igualitaria en la vida política, cultural, económica y social del país...

Artículo 5.- Para los efectos de esta Ley se entenderá por:

Género: concepto que refiere a los valores, atributos, roles y representaciones que la sociedad asigna a hombres y mujeres.

Igualdad de Género: Situación en la cual mujeres y hombres acceden con las mismas posibilidades y oportunidades al uso control y beneficio de bienes, servicios y recursos de la sociedad, así como a la toma de decisiones en todos los ámbitos de la vida social, económica, política, cultural y familiar.

Perspectiva de género: Concepto que se refiere a la metodología y los mecanismos que permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres, que se pretende justificar con base en las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las acciones que deben emprenderse para actuar sobre los factores de género y crear las condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la igualdad de género.

Artículo 6.- El Instituto tendrá como objetivos específicos, los siguientes:

I. La promoción, protección y difusión de los derechos de las mujeres y de las niñas consagrados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales ratificados por México, en particular los derechos humanos y libertades fundamentales de las mujeres.

III. La promoción de la cultura de la no violencia, la no discriminación contra las mujeres y de la igualdad de género para el fortalecimiento de la democracia.

Artículo 7.- El Instituto tendrá las siguientes atribuciones:

I. Apoyar la formulación de políticas públicas gubernamentales e impulsar las de la sociedad, para alcanzar la igualdad de género;

III. Estimular la incorporación de la perspectiva de género en las políticas públicas y en la elaboración de programas sectoriales o, en su caso, institucionales específicos, así como en las acciones de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal centralizada y paraestatal;

IV. Impulsar la incorporación de la perspectiva de género en el programa anual de cada Dependencia y Entidad de la Administración Pública Federal, centralizada y paraestatal, así como de los sectores en general vinculados con estos instrumentos, para la ejecución de

	<p>sus programas sectoriales o, en su caso, institucionales específicos;</p> <p>V. Procurar, impulsar y apoyar el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres, así como el fortalecimiento de mecanismos administrativos para el mismo fin;</p> <p>VI. Proponer, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo, el Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres y, evaluar periódica y sistemáticamente la ejecución del mismo;</p> <p>VII. Establecer y concertar acuerdos y convenios con las autoridades en los tres niveles de gobierno para promover, con la participación, en su caso, de los sectores social y privado, las políticas, acciones y programas que se establezcan en el Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres;</p> <p>X. Promover entre los tres Poderes de la Unión y la sociedad, acciones dirigidas a mejorar la condición social de la población femenina y la erradicación de todas las formas de discriminación contra las mujeres, en los ámbitos de la vida social, económica, política y cultural;</p> <p>XXIV. Actualizar periódicamente el diagnóstico sobre la situación de las mujeres, en relación con los avances del Programa y la operatividad del mismo,...</p>
<p><b>Reglamento interior de la Secretaría de Salud</b></p>	<p><b>CAPÍTULO VIII DE LAS DIRECCIONES GENERALES</b></p> <p>ARTÍCULO 17. Corresponde a la Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud</p> <p>ARTÍCULO 19. Corresponde a la Dirección General de Promoción de la Salud</p> <p>ARTÍCULO 29. Corresponde a la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales</p> <p>ARTÍCULO 30. Corresponde a la Dirección General de Recursos Humanos</p> <p>ARTÍCULO 31. Corresponde a la Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física</p> <p>ARTÍCULO 37. Corresponde al Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica</p> <p>ARTÍCULO 38. Corresponde al Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia</p> <p>ARTÍCULO 39. Corresponde al Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA</p>
<p><b>Proyecto de NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2018, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la</b></p>	<p>0. Introducción</p> <p>El Sistema Nacional de Salud, conforme a los derechos fundamentales consagrados en el orden jurídico mexicano está obligado a proporcionar protección a la salud en materia de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana.</p> <p>1. Objetivo y campo de aplicación</p> <p>1.1 Esta Norma tiene como objetivo establecer y actualizar los métodos, principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, respecto de las actividades relacionadas con la prestación de servicios de atención integral para la prevención y control de las infecciones por el Virus de Inmunodeficiencia Humana y el cuidado de las personas con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, que abarcan la promoción de la salud, prevención, consejería, detección, diagnóstico oportuno, atención y tratamiento.</p>

**Inmunodeficiencia Humana**

3. Términos y definiciones

3.9 Discriminación, a toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que, por acción u omisión, con intención o sin ella, no sea objetiva, racional ni proporcional y tenga por objeto o resultado obstaculizar, restringir, impedir, menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades, cuando se base en uno o más de los siguientes motivos: el origen étnico o nacional, el color de piel, la cultura, el sexo, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, económica, de salud o jurídica, la religión, la apariencia física, las características genéticas, la situación migratoria, el embarazo, la lengua, las opiniones, las preferencias sexuales, la identidad o filiación política, el estado civil, la situación familiar, las responsabilidades familiares, el idioma, los antecedentes penales o cualquier otro motivo.

También se entenderá como discriminación la homofobia, misoginia, cualquier manifestación de xenofobia, segregación racial, antisemitismo, así como la discriminación racial y otras formas conexas de intolerancia;

3.10 Estigma, a la característica que desprestigia a una persona ante los ojos de otros. El estigma relacionado al Virus de Inmunodeficiencia Humana deriva de la valoración de que las personas portadoras del virus han hecho algo malo.

5. Disposiciones generales

5.1 Los servicios de salud en materia de prevención, diagnóstico y atención del VIH deberán ofrecerse con los más altos estándares de calidad, tomando en consideración las necesidades específicas de mujeres y hombres, a lo largo del ciclo de vida y en todas sus diversidades, con énfasis en poblaciones clave, personas con VIH y grupos en situación de vulnerabilidad y desigualdad

5.2 Los servicios de salud en materia de prevención, diagnóstico y atención del VIH, deberán contribuir, para que las personas ejerzan una sexualidad plena en condiciones seguras, así como el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y corresponsables sobre la misma, con respeto a su orientación sexual, identidad de género, expresión de género y características sexuales, sin coerción, estigma, discriminación ni violencia, con énfasis en personas con VIH y con apego al derecho a la información, acceso a los avances científicos y a los medios necesarios para su salud sexual y reproductiva.

5.3 El personal de salud deberá actuar, en todo momento, dentro del marco del respeto a los derechos humanos, con perspectiva de género, pertinencia cultural y de reconocimiento de las diferencias de atención según el rango de edad y debe contribuir a evitar el estigma y la discriminación.

5.4 La detección de la infección por VIH no debe ser considerada como causal médica para disminuir o afectar el goce y el ejercicio de los derechos humanos reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los tratados internacionales de la materia, sino por el contrario, se debe brindar a las personas la protección más amplia, atendiendo al principio Pro Persona.

5.5 Las niñas y niños que acudan a la consulta de atención integral en materia de salud sexual y reproductiva y el control de las ITS, deberán recibir los servicios de promoción de la salud, prevención de ITS, detección del VIH, consejería, atención y tratamiento conforme a las disposiciones aplicables.

5.6 Las y los adolescentes que acudan a los servicios de promoción de la salud, prevención de ITS, detección del VIH, consejería, atención y tratamiento conforme a las disposiciones aplicables.

5.7 Los servicios de salud deberán proporcionarse con una estructura flexible y oportuna, con respeto a los derechos humanos, sin discriminación, con confidencialidad y privacidad, en un ambiente amigable, incluyente y de confianza, conforme a la edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez de la persona que los recibe.

5.9 Las personas con VIH deberán recibir, en todo momento, servicios de atención integral por la infección del VIH y de todas las comorbilidades asociadas, de acuerdo a sus condiciones fisiológicas, patológicas y a las necesidades del grupo etario al que pertenezcan. Las instituciones de salud deberán contar con mecanismos para su vinculación adecuada a través de las redes integrales de servicios de salud.

5.10 Los establecimientos que forman parte del Sistema Nacional de Salud, deberán asegurar que el tratamiento de la persona con infección por el VIH se lleve a cabo por médicos titulados, con cédula profesional, capacitados y con experiencia comprobable en el manejo de ARV y de las patologías asociadas al VIH, conforme a principios bioéticos y la Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH vigente, aprobada por el CONASIDA y disponible en: [www.gob.mx/censida/articulos/guias-y-manuales-censida?idiom=es](http://www.gob.mx/censida/articulos/guias-y-manuales-censida?idiom=es)

## 6. Atención Integral

6.1 Promoción de la salud. Las acciones de este componente están alineadas con el servicio integrado de promoción de la salud, para ello el personal de salud debe:

6.1.3 Promover que la comunidad organizada participe activamente en:

6.1.3.1 La planeación, ejecución, monitoreo y evaluación de acciones para prevenir el estigma y la discriminación de las poblaciones clave, poblaciones en situación de desigualdad y de vulnerabilidad, y personas con VIH

6.1.3.3 La planeación, ejecución, monitoreo y evaluación de acciones que promuevan la detección oportuna y vinculación a servicios de atención en VIH, como son la promoción de la salud, la prevención, la consejería, el diagnóstico, la atención y el tratamiento.

6.1.5 Impulsar medidas de comunicación educativa con especial énfasis en:

6.1.5.1 La reducción del estigma y la discriminación de las poblaciones clave, poblaciones en situación de desigualdad y de vulnerabilidad, y personas con VIH.

## 6.3 Detección y diagnóstico

6.3.4 El personal de salud y los proveedores comunitarios de salud, utilizarán estrategias diferenciadas de detección de la infección por VIH, para incrementar el acceso de las personas a las pruebas de detección de la infección por el VIH, en concordancia a la Guía de Detección, Diagnóstico y Consejería vigente, y haciendo énfasis en poblaciones clave, grupos en situación de desigualdad y de vulnerabilidad, y tomando en consideración determinantes sociales, nivel de exposición y prevalencias

6.3.4.4 Toda mujer que resulte positiva a VIH o sífilis, debe ser enviada inmediatamente al segundo nivel de atención, o establecimientos para la atención médica especializados, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.5, del Capítulo de Referencias normativas, de esta Norma.

#### 6.4 Consejería

6.4.1 La entrega del resultado a la persona debe ser siempre mediante consejería personalizada, orientada a la reducción de prácticas de riesgo para la salud, que incluya reforzar actitudes de autocuidado, para evitar futuras infecciones de cualquier ITS, informar a las personas de los beneficios de la detección oportuna y del tratamiento ARV, la atención de la violencia de género y la vinculación a los servicios de prevención.

6.4.2 En caso de tener un resultado reactivo o positivo, la consejería debe estar orientada a disminuir el impacto de la notificación y favorecer su adaptación a la nueva situación. El personal capacitado tiene la obligación de orientar sobre las opciones que tiene para recibir atención médica integral de calidad, incluyendo el acceso a los ARV, reforzar actitudes de autocuidado para evitar reinfecciones del VIH, promover el inicio del tratamiento, y garantizar, en la medida de lo posible, su integración a los servicios especializados de prevención y atención del VIH e ITS en el menor tiempo.

6.4.3 Los resultados reactivos, positivos, no reactivos o negativos deberán entregarse de forma personal a quien se realizó la prueba de detección. Sólo se podrán entregar resultados a terceros previa autorización expresa de la persona a quien se realizó la prueba de detección.

6.4.3.2 En el caso de las niñas, niños y adolescentes los resultados les serán comunicados por personal debidamente capacitado en materia de derechos humanos, quienes brindarán la orientación necesaria sobre la infección y su tratamiento, de la forma más adecuada de conformidad con su grado de madurez y desarrollo.

#### 6.5 Atención

6.5.3 Todas las instituciones y establecimientos para la atención médica deben referir a los pacientes para su atención especializada, cuando no cuenten con los recursos para brindarla, de acuerdo a los niveles de atención de las instituciones correspondientes, de conformidad con las disposiciones aplicables y al numeral 6.7, de esta Norma.

6.5.4 En todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud donde se atiendan personas con VIH el personal debe:

6.5.4.1 Fortalecer las capacidades de autocuidado y cuidado mutuo de la salud entre las personas con VIH, incluyendo medidas de atención integral y de prevención, como sexo seguro, sexo protegido y el tratamiento como prevención, para romper la cadena de infección y reinfección;

6.5.4.4 Proveer atención integral a la salud sexual y reproductiva en personas con VIH, incluyendo la detección y tratamiento de cánceres reproductivos, de acuerdo a las disposiciones aplicables, con mecanismos de referencia que lo aseguren, acorde a lo marcado en el numeral 6.7, de esta Norma.

6.5.4.4.5 Recomendar a las personas con VIH evitar automedicarse.

6.5.4.4.6 Brindar consejería para mejorar la adherencia al tratamiento integral que incluye los ARV y las demás prescripciones para su atención, otorgadas por el personal de salud capacitado. 6.5.4.5 Recomendar a las personas con VIH evitar el consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y tabaco;

6.5.4.6 Promover los beneficios en la salud que tiene la supresión viral;

## 6.6 Tratamiento

6.6.1 Para decidir el inicio del tratamiento ARV, se deben de seguir los lineamientos obligatorios establecidos en la Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH vigente ([www.gob.mx/censida/articulos/guias-y-manualescensida?idiom=es](http://www.gob.mx/censida/articulos/guias-y-manualescensida?idiom=es)) y que recomienda el inicio de tratamiento ARV lo más pronto posible.

6.6.3 Las personas con VIH deben recibir tratamiento integral de calidad que incluyan manejo y prevención de eventos adversos, infecciones oportunistas, neoplasias y otras comorbilidades de acuerdo a la Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH vigente ([www.gob.mx/censida/articulos/guias-ymanuales-censida?idiom=es](http://www.gob.mx/censida/articulos/guias-ymanuales-censida?idiom=es)) y atención multidisciplinaria de los especialistas necesarios.

6.6.4 En las instituciones del Sistema Nacional de Salud se deberá asegurar la provisión sin interrupciones de los insumos para el tratamiento ARV para evitar la aparición de resistencias y el riesgo de que el tratamiento pierda su efectividad. Asimismo, se deberá asegurar la provisión sin interrupciones de los insumos para el tratamiento de las infecciones oportunistas

6.6.5 El tratamiento con ARV debe ofrecerse con sales originales o genéricas que conserven la biodisponibilidad y bioequivalencia de las sales originales, además de hacerse sin interrupciones, para evitar la aparición de resistencias y el riesgo de que el tratamiento pierda su utilidad.

6.6.8 Se debe brindar atención integral a las mujeres embarazadas con VIH y a su hijo, en caso de que lo llegara a requerir. Las instituciones de salud deben respetar los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres con VIH, y garantizar la adecuada atención de la madre y el hijo, de conformidad lo establecido en la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.5, del Capítulo de Referencias normativas, de esta Norma.

6.6.9 La atención integral de la mujer embarazada con VIH se deberá de llevar a cabo de acuerdo a procedimientos establecidos en las instituciones del Sistema Nacional de Salud considerando tres aspectos fundamentales:

6.6.9.1 Mantener la salud de la madre;

6.6.9.2 Disminuir el riesgo de transmisión vertical;

6.6.9.3 Basarse en los lineamientos establecidos en la Guía de Manejo Antirretroviral de Personas con VIH vigente ([www.gob.mx/censida/articulos/guiasy-manuales-censida?idiom=es](http://www.gob.mx/censida/articulos/guiasy-manuales-censida?idiom=es))

6.6.12 Proveer servicios amigables de calidad para niñas, niños, adolescentes y jóvenes con VIH en un marco de respeto a los derechos

	<p>humanos, a su dignidad, incluyendo la promoción de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos, la prevención de ITS, embarazos no deseados y la violencia basada en género.</p>
<p><b>NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño</b></p>	<p>0. Introducción</p> <p>Para mejorar los actuales niveles de salud del niño, mediante la integración de los programas de prevención y control de las enfermedades que con mayor frecuencia pueden afectarlos, el Gobierno Federal, por conducto de la Secretaría de Salud y del Consejo Nacional de Vacunación, ha considerado normar los siguientes aspectos en relación con la salud del niño: atención integrada, vacunación universal; prevención y control de enfermedades diarreicas; prevención y control de infecciones respiratorias agudas, y control de la nutrición mediante la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años.</p> <p>1. Objetivo y campo de aplicación</p> <p>1.1 Esta norma tiene por objeto establecer las acciones que deben seguirse para asegurar la atención médica integrada, considerando: la prevención, el diagnóstico, la atención oportuna, el control y vigilancia de las enfermedades diarreicas, las enfermedades respiratorias, la nutrición y el desarrollo infantil temprano, la prevención de accidentes en el hogar, la atención de urgencias pediátricas y el diagnóstico oportuno de cáncer en las niñas y niños menores de diez años de edad.</p> <p>1.2 Esta norma es de observancia obligatoria en todas las instituciones que prestan servicios de atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>5. Disposiciones generales</p> <p>5.1 La atención integrada al menor de cinco años en la unidad de salud debe considerar los siguientes aspectos: Vigilancia de la vacunación, atención del motivo de la consulta, vigilancia de la nutrición y capacitación de la madre.</p> <p>5.2 La estrategia para asegurar la atención integrada la constituye la consulta completa que incluye: identificación de factores de mal pronóstico, evaluación clínica y clasificación, tratamiento adecuado, capacitación a la madre sobre la identificación de los signos de alarma, cuidados generales en el hogar y seguimiento de los casos.</p>
<p><b>NORMA Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad</b></p>	<p>0. Introducción</p> <p>El Sistema Nacional de Salud debe proveer servicios de atención integral a la salud para este segmento de población, siempre en el marco del respeto a los Derechos Humanos, con perspectiva de género e interculturalidad referidos al mantenimiento de la vida, de sus capacidades, de manera específica y urgente, diseñando intervenciones preventivas y de promoción y educación para la salud...</p> <p>1. Objetivo y campo de aplicación</p> <p>1.1 Esta Norma tiene por objeto establecer los criterios que deben seguirse para brindar la atención integral a la salud, la prevención y el control de las enfermedades prevalentes en las personas del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad y la promoción de la salud, con perspectiva de género, pertinencia cultural y respeto a sus derechos fundamentales.</p>

### 3. Definiciones

3.1 Atención integral para la salud de las personas del Grupo Etario, al conjunto de servicios con enfoque de derechos humanos, género e interculturalidad y acciones que las instituciones de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud brindan a dichas personas, sin discriminación, con el fin de promover y proteger su salud.

3.15 Perspectiva de género, al concepto que se refiere a la metodología y los mecanismos que permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres, que se pretende justificar con base en las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las acciones que deben emprenderse para actuar sobre los factores de género y crear las condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la igualdad de género.

### 5. Disposiciones generales

5.1 La atención integral de las personas del Grupo Etario, debe considerar las siguientes acciones:

5.1.1 La atención inicial del motivo de consulta, la vigilancia de la nutrición, de la vacunación, de la salud sexual y reproductiva, de la salud mental, bucal y visual, y

5.1.2 La detección y, en su caso, prevención de situaciones de riesgo como exposición al humo de tabaco proveniente de terceros, consumo de sustancias psicoactivas y adicciones.

5.3 El personal de salud de los establecimientos de atención médica que forman parte del Sistema Nacional de Salud deben proporcionar al menos una consulta integral anual a cada persona del Grupo Etario.

5.3.1 El personal de salud debe contar con los conocimientos, habilidades y herramientas necesarias para brindar la atención integral a las personas del Grupo Etario.

5.6 Durante la revisión o exploración física de una persona del Grupo Etario, debe estar presente el personal médico y al menos un integrante más del personal de salud y tratándose de menores de edad, debe estar presente la madre, el padre, el tutor o quien lo represente legalmente conforme a las disposiciones aplicables.

5.7 Durante la consulta integral, la atención proporcionada a las personas del Grupo Etario, debe: considerar la presencia y búsqueda intencionada de factores de riesgo y/o signos y síntomas que identifiquen cáncer, estrés y padecimientos de la salud mental, patología bucal, visual, auditiva, enfermedades relacionadas con la nutrición, consumo de tabaco, alcohol, sustancias psicoactivas, volátiles (inhalables) y otras drogas, embarazo, prácticas sexuales sin protección, acosos y violencia; dar consejería y, de ser necesario, referirlos a servicios especializados o a las unidades de segundo y tercer nivel de atención, según corresponda

5.10 Se deben realizar acciones de información, comunicación, educación, prevención y promoción de la salud con énfasis en la salud sexual y reproductiva, nutrición, salud bucal, salud visual y auditiva, infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH y el sida, diagnóstico temprano de cáncer, salud mental, conductas alimentarias de riesgo, prevención y atención de la violencia, accidentes y lesiones, prevención del consumo del tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas entre las personas del Grupo Etario, conforme a su

	<p>edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez.</p> <p>5.11 La prestación de servicios de salud a las personas del Grupo Etario debe tener una estructura flexible, amigable, cálida, garantizando en todo momento la confidencialidad, la privacidad y el respeto a la dignidad, la inclusión y no discriminación, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables. Además, debe considerar su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez. Se deben privilegiar las actividades de promoción y prevención de la salud física y mental.</p> <p>5.14 El personal de salud debe actuar en todo momento dentro del marco del respeto a los derechos humanos de las personas del Grupo Etario, con perspectiva de género y sus servicios deben salvaguardar la intimidad, la confidencialidad, la inclusión y no discriminación, el respeto y el consentimiento libre e informado, de conformidad con las disposiciones aplicables.</p> <p>6. Atención integral para la salud del Grupo Etario</p> <p>6.1 Las acciones que incluye la atención integral a las personas del Grupo Etario son las siguientes:</p> <p>6.1.5 Información, orientación y sensibilización para la prevención de las ITS, incluyendo el VIH y el sida;</p> <p>6.2 Valoración del estado de salud.</p> <p>6.2.1 Independientemente del motivo de la consulta, el personal de salud debe realizar la historia clínica completa que comprende el interrogatorio y la exploración física según corresponda, de acuerdo a lo indicado en el Apéndice A Informativo.</p> <p>6.6 ITS, incluyendo el VIH y el sida.</p> <p>6.6.1 Las personas del Grupo Etario que acudan a consulta médica o atención a la unidad de salud con posibilidad de haber adquirido una ITS, incluyendo infección por VIH o haber desarrollado sida, deben recibir, con calidad y calidez la consejería necesaria, el apoyo psicológico pertinente, las medidas de promoción y prevención, así como la referencia al nivel de atención que corresponda para la atención integral a la salud, el diagnóstico, el tratamiento y los cuidados específicos, de conformidad con lo dispuesto por las Normas Oficiales Mexicanas citadas en los puntos 2.6 y 2.14, del capítulo de Referencias, de esta Norma, respectivamente.</p> <p>6.6.2 En el caso del diagnóstico confirmado de ITS, entre ellas, de VIH o de sida, deberá ser proporcionada la información, con base en evidencia científica sobre el tratamiento, medidas preventivas y consultas de seguimiento de ser posible hasta el control de la enfermedad...</p>
<p><b>Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico</b></p>	<p>0. Introducción</p> <p>La revisión y actualización de esta norma, tiene como propósito establecer con precisión los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, el cual se constituye en una herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud.</p> <p>Los criterios establecidos en esta norma, inciden en la calidad de los registros médicos, así como de los servicios y de sus resultados, toda</p>

vez que se requiere de la participación comprometida de médicos, enfermeras y demás personal del área de la salud, para brindar una atención más oportuna, responsable, eficiente y amable.

El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.

En el marco del ejercicio de los derechos del paciente, esta norma ratifica la importancia de que la autoridad sanitaria, garantice la libre manifestación de la voluntad del paciente de ser o no atendido a través de procedimientos clínicos o quirúrgicos, para lo cual, el personal de salud debe recabar su consentimiento, previa información y explicación de los riesgos posibles y beneficios esperados.

Un aspecto fundamental en esta norma, es el reconocimiento de la titularidad del paciente sobre los datos que proporciona al personal del área de la salud. En ese sentido, se han considerado aquellos datos que se refieren a su identidad personal y los que proporciona en relación con su padecimiento; a todos ellos, se les considera información confidencial. Lo anterior ratifica y consolida el principio ético del secreto profesional.

De igual manera, se reconoce la intervención del personal del área de la salud en las acciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que se registran y se incorporan en el expediente clínico a través de la formulación de notas médicas y otras de carácter diverso con motivo de la atención médica. En ellas, se expresa el estado de salud del paciente, por lo que también se brinda la protección de los datos personales y se les otorga el carácter de confidencialidad.

#### 1. Objetivo

Esta norma, establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.

#### 2. Campo de aplicación

Esta norma, es de observancia obligatoria para el personal del área de la salud y los establecimientos prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios.

#### 5. Generalidades

5.1 Los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado, estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación, por parte del personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

5.2 Todo expediente clínico, deberá tener los siguientes datos generales:

5.2.1 Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y en su caso, nombre de la institución a la que pertenece;

5.2.2 En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario;

5.2.3 Nombre, sexo, edad y domicilio del paciente; y

5.2.4 Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.

5.4 ...por tratarse de documentos elaborados en interés y beneficio del paciente, deberán ser conservados por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

5.5 Los datos personales contenidos en el expediente clínico, que posibiliten la identificación del paciente, en términos de los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, no deberán ser divulgados o dados a conocer.

5.5.1 Datos proporcionados al personal de salud, por el paciente o por terceros, mismos que, debido a que son datos personales son motivo de confidencialidad, en términos del secreto médico profesional y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables. Únicamente podrán ser proporcionados a terceros cuando medie la solicitud escrita del paciente, el tutor, representante legal o de un médico debidamente autorizado por el paciente, el tutor o representante legal;

5.7 En los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, por todo el personal del establecimiento, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, así como, las disposiciones establecidas en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.14 de esta norma y demás disposiciones jurídicas aplicables.

5.9 Las notas médicas y reportes a que se refiere esta norma deberán contener: nombre completo del paciente, edad, sexo y en su caso, número de cama o expediente.

5.10 Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables.

5.16 Para el caso de los expedientes de atención psicológica, de nutriología o similares, que se integren en un establecimiento para la atención médica ambulatoria independiente o no ligado a un establecimiento hospitalario, tanto la historia clínica como las notas de evolución, se ajustarán a la naturaleza de los servicios prestados, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

6 Del expediente clínico en consulta general y de especialidad

Deberá contar con

6.1 Historia clínica

6.2 Nota de evolución.

6.3 Nota de Interconsulta.

	<p>6.4 Nota de referencia/traslado.</p> <p>10 Otros documentos</p> <p>10.1 Cartas de consentimiento informado.</p>
<p><b>Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud</b></p>	<p>Considerando</p> <p>Que dicha norma ha permitido contar con un sistema oportuno e integrador, que administra los datos, la información y el conocimiento que sirven de apoyo para conformar un sistema de salud universal, equitativo, de alta calidad, descentralizado y participativo, que orienta al proceso de planeación, la gestión de programas y servicios, así como a la toma de decisiones.</p> <p>0. Introducción</p> <p>El contar con información oportuna y de calidad permite: a) Reorientar los recursos materiales, financieros y humanos hacia políticas públicas en salud, principalmente preventivas y correctivas; b) Coadyuvar para planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y los diferentes sistemas a cargo de la Secretaría de Salud; c) Proveer la adecuada participación de los integrantes del Sistema Nacional de Salud, a fin de promover el cumplimiento del derecho a la protección de la salud establecido en el Artículo 4°. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; d) Impulsar que se proporcionen servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos; y, e) Reforzar las acciones de atención a los problemas sanitarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en la promoción de acciones preventivas.</p> <p>1.1 Objetivo</p> <p>Esta norma tiene por objeto establecer los criterios y procedimientos que se deben seguir para producir, captar, integrar, procesar, sistematizar, evaluar y divulgar la Información en Salud.</p> <p>5. Generalidades</p> <p>5.1 Los integrantes del SNS deben generar, integrar y entregar la Información en Salud de acuerdo a lo establecido en la presente norma y de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables.</p> <p>5.7 La información generada por el SNS debe observar los aspectos de confidencialidad y reserva que señalan las disposiciones jurídicas aplicables en materia de transparencia y protección de datos personales, particularmente los siguientes ordenamientos: a) Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica; b) Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental; y, c) Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.</p> <p>8 Población y cobertura</p> <p>8.2 Cobertura</p> <p>8.2.1 La información en el módulo de cobertura se integra por datos relacionados con la población según las siguientes condiciones:</p> <p>a) Población derechohabiente;</p>

- b) Población no derechohabiente;
- c) Población afiliada por institución, y
- d) Población con seguro médico privado.

8.2.3 El PGS es de tipo nominal y contiene por lo menos, los siguientes datos: CURP, nombre, primer apellido, segundo apellido, fecha de nacimiento, entidad federativa de nacimiento, sexo, nacionalidad, folio o número de identificación con el que las instituciones participantes identifican al afiliado, localidad, municipio, entidad federativa de residencia, tipo de beneficiario, clave de la dependencia y clave del programa de salud.

#### 9 Recursos para la salud

9.1 El componente de Recursos para la Salud tiene por objeto integrar estadísticas relacionadas con el total de los recursos utilizados por los Prestadores de Servicios de Salud, sea a través de servicios a la persona o bien a la comunidad.

9.1.1 El componente de Recursos para la Salud está integrado por:

- a) Recursos humanos;
- b) Recursos físicos;
- c) Infraestructura;
- d) Equipo médico, y
- e) Recursos financieros.

#### 9.2 Recursos humanos

9.2.1 La estadística de Recursos Humanos se refiere a las personas que laboran en las unidades médicas, establecimientos de apoyo y de asistencia social, que forman parte del SNS, mismas que deben estar relacionadas con: el personal médico, de enfermería, técnico, auxiliar, de investigación, de enseñanza y administrativo que laboran en ellos.

#### 9.3 Recursos físicos y materiales

9.3.1 La estadística de Recursos Físicos se refiere a camas, quirófanos, áreas médicas, espacios (conforme a los Apéndices Normativos "A" y "B") existentes en las unidades médicas, establecimientos de apoyo y de asistencia social, mismas que deben estar en funcionamiento.

9.3.2 Reportar si cuenta o no con áreas médicas como lo son consulta externa, urgencias, terapia intensiva, unidad de cuidados intensivos neonatales, así como con las que cuente la unidad médica.

9.3.4 Reportar los consultorios disponibles y funcionales de acuerdo a la especialidad. En ningún momento se debe duplicar el registro de estos, de manera que en caso de existir más de una especialidad asociada a un solo consultorio este se registrará en la especialidad de

mayor uso o bien debe registrarse como un consultorio de otras especialidades.

#### 9.4 Infraestructura

9.4.1 La estadística del componente de Infraestructura se refiere a los establecimientos de salud existentes y en operación dentro del territorio nacional. Considera el total de inmuebles y unidades móviles operando, parcial o totalmente, obras en proceso de construcción y concluidas que por alguna razón no están prestando servicio.

#### 9.5 Equipo médico

9.5.1 La estadística del componente de Equipo Médico se refiere a las tecnologías (que sirven de apoyo en los procesos de diagnóstico, tratamiento, curación y rehabilitación de las personas) que se encuentran en funcionamiento, conforme a la clasificación establecida dentro del Catálogo de Instrumental y Equipo Médico del Consejo de Salubridad General.

#### 9.6 Recursos financieros

9.6.1 La estadística de Recursos Financieros integra y da seguimiento a la información del gasto en salud de la Secretaría, los SESA e Instituciones de Salud y de Seguridad Social; el gasto efectuado por las personas, empresas, instituciones sin fines de lucro y el sector externo (países y organizaciones) en bienes y servicios de salud.

#### 10 Servicios para la salud

10.1 El Componente de Servicios para la Salud incluye la información sobre los servicios otorgados personales y no personales, de acuerdo a los términos y procedimientos establecidos por la Secretaría a través de la DGIS.

10.3 Las estadísticas de Servicios para la Salud que elaboran los integrantes del SNS, pueden ser utilizadas para fines estadísticos y de vigilancia epidemiológica, así como para la planeación, asignación de recursos y la evaluación de los servicios de atención a la salud y de los programas de salud implementados.

#### 12 Daños a la salud

12 La información del Componente de Daños a la Salud comprende información sobre morbilidad, otros motivos de atención y mortalidad.

##### 12.1 Morbilidad y otros motivos de atención.

12.1.1 Este apartado integra información de las afecciones y otros motivos de atención en consulta externa, urgencias y hospitalización. Comprende registros estadísticos de consulta y egresos hospitalarios.

12.1.2 Las estadísticas de morbilidad que elaboran los integrantes del SNS, deben ser utilizadas para fines epidemiológicos y estadísticos, así como para la planeación, asignación de recursos y la evaluación de los servicios de atención a la salud y de los programas de salud implementados.

#### 13 Acceso difusión y uso de la información en salud

	<p>13.6 El acceso, uso y difusión de la información se sujeta a los principios de confidencialidad y reserva que establecen las disposiciones vigentes en materia de información como son la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás disposiciones jurídicas aplicables en materia de transparencia y protección de datos personales.</p>
<p><b>NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios</b></p>	<p>0. Introducción</p> <p>...en la presente norma, se establecen los requerimientos mínimos indispensables de infraestructura y equipamiento para que los establecimientos para la atención médica que proporcionan servicios a pacientes ambulatorios, puedan brindar una atención de calidad a los usuarios del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>En este contexto, la infraestructura y equipamiento de estos establecimientos debe estar en relación directa con el tipo de servicios que se ofrecen y el personal profesional, técnico y auxiliar del área de la salud deberá contar con los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para que éstos sean utilizados de manera adecuada, segura y eficiente.</p> <p>1. Objetivo</p> <p>Esta norma establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento con los que deben cumplir los establecimientos que proporcionen servicios de atención médica a pacientes ambulatorios.</p> <p>2. Campo de aplicación Esta norma es de observancia obligatoria para todos los establecimientos de atención médica denominados o que funcionen como consultorios, de los sectores público, social y privado, que proporcionen atención médica no especializada.</p> <p>4. Definiciones</p> <p>4.14 infraestructura: al conjunto de áreas, locales y materiales interrelacionados con los servicios e instalaciones de cualquier índole, indispensables para la prestación de servicios de atención médica.</p> <p>5. Generalidades</p> <p>Todo establecimiento de atención médica para pacientes ambulatorios, a que se refiere esta norma, deberá:</p> <p>5.3. Contar con las facilidades arquitectónicas para efectuar las actividades médicas propias del establecimiento, de acuerdo con su denominación y oferta de servicios, además de contar con un área, sala o local apropiado para la espera de pacientes y usuarios, así como la disponibilidad de servicios sanitarios, de conformidad con lo que señala la NOM-197-SSA1-2000, referida en el numeral 3.4. de esta norma.</p> <p>5.6. El diseño arquitectónico deberá considerar lo necesario para que, tanto el acceso como la salida del establecimiento, puedan llevarse a cabo en forma rápida y segura, considerando las necesidades especiales de las personas con discapacidad y adultos mayores, de acuerdo con lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-233-SSA1-2003, referida en el numeral 3.5. de esta norma.</p> <p>5.7. Asegurar el suministro de los recursos energéticos y de consumo indispensables para el funcionamiento del establecimiento de</p>

	<p>atención médica.</p> <p>6. Especificaciones</p> <p>6.1.1. Consultorio de medicina general o familiar:</p> <p>6.1.1.1. Deberá contar al menos con dos áreas: una para el interrogatorio con el paciente y su acompañante y otra para la exploración física, delimitada con un elemento físico que asegure la privacidad del paciente;</p> <p>6.1.1.2. Las áreas de interrogatorio y de exploración de un consultorio de medicina general o familiar pueden estar contiguas o separadas; cualquiera que sea el caso, la superficie total de estas dos áreas deberá contener el mobiliario y equipamiento que se menciona en el Apéndice Normativo "A" y contar con los espacios necesarios para las actividades del personal, de los pacientes y acompañantes. Se presenta como Apéndice Informativo "I" el croquis de un consultorio de medicina general o familiar;</p> <p>6.1.1.4. Deberá tener un lavabo con jabón y toallas desechables, ubicado en el área de exploración física.</p> <p>6.1.4. Consultorio de psicología:</p> <p>6.1.4.1. Deberá contar con espacio y mobiliario suficiente y adecuado para la entrevista, así como para la intervención psicoterapéutica, principalmente cuando se trabaja con niños y grupos;</p> <p>6.1.4.2. Contar con el mobiliario descrito en el Apéndice Normativo "C".</p>
<p><b>NORMA Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada</b></p>	<p>0. Introducción</p> <p>El Sistema Nacional de Salud debe garantizar la prestación de servicios para promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud, regulando los servicios médicos para que respondan a las demandas y necesidades de la población.</p> <p>Los servicios médicos deben ser de alta calidad en todos los establecimientos, independientemente del subsector de salud al que pertenezcan, ya sea público, social o privado.</p> <p>1. Objetivo</p> <p>Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los requisitos mínimos de infraestructura y de equipamiento para los hospitales y consultorios que presten atención médica especializada.</p> <p>2. Campo de Aplicación</p> <p>Esta Norma Oficial Mexicana es obligatoria para todos los hospitales de los sectores público, social y privado, cualquiera que sea su denominación, que realicen internamiento de enfermos para la ejecución de los procesos de diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico, o rehabilitación y para los consultorios que presten atención médica especializada.</p> <p>5. Generalidades</p> <p>Todo establecimiento de atención médica que se menciona en esta Norma Oficial Mexicana debe:</p>

	<p>5.3 Contar con las facilidades arquitectónicas, de mobiliario, instrumental y equipo en cantidad suficiente, para efectuar las actividades médicas que proporcione el establecimiento, disponiendo de un área apropiada para espera, así como, de servicios sanitarios...</p> <p>7. Consultorios de especialidad</p> <p>7.1 Disposiciones aplicables para consultorios de especialidad.</p> <p>7.1.3 Todos los consultorios deben disponer del mobiliario mínimo establecido en la NOM-178-SSA1-1998 para el consultorio de Medicina General...</p> <p>7.1.6 Todos los consultorios deben tener un sistema de archivo de expedientes clínicos para el manejo diario...</p> <p>7.1.7 El espacio y mobiliario de la sala de espera debe ser proporcional al número de consultorios que se dispongan, con un mínimo de 6 lugares de espera por consultorio; así mismo deben considerarse las facilidades de sanitarios.</p> <p>7.2.11 Consultorio de medicina interna.</p> <p>7.2.11.1 Se acepta como consultorio tipo I.</p> <p>7.2.11.2 De acuerdo con el programa médico debe contar con sistemas de medición de analitos sanguíneos o de orina.</p> <p>7.2.20 Consultorio de pediatría.</p> <p>7.2.20.1 Se acepta como consultorio tipo I.</p> <p>7.2.20.2 El listado de mobiliario y equipamiento con que debe contar se especifica en el apéndice normativo "AH".</p> <p>8. Elementos complementarios</p> <p>8.1 Lineamientos para la adecuación de la infraestructura.</p> <p>8.1.1. Es recomendable que: el área de espera proporcione comodidad y seguridad al paciente y su acompañante, el establecimiento cuente con ventilación e iluminación naturales o por medios artificiales y mecánicos y con los servicios sanitarios en la proporción que lo requiera la demanda de pacientes y acompañantes cumpliendo con el Reglamento de Construcción correspondiente. No debe haber elementos o mobiliario que puedan causar lesiones a los usuarios.</p> <p>8.1.2. Los establecimientos deben ser diseñados y construidos con los elementos necesarios para lograr un ambiente confortable en los diferentes locales que los integran, de acuerdo a la función, al mobiliario, equipo y a las condiciones climáticas de la región, con materiales y distribución adecuados para adaptarse al medio ambiente. Deben contar con la señalización alfabética y analógica (iconos) que asegure que todas las personas comprenden el mensaje.</p>
<p><b>NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las</b></p>	<p>1. Objetivo</p> <p>Esta norma tiene por objeto establecer las características arquitectónicas mínimas, que deben cumplir los establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud, para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las</p>

<p><b>características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud</b></p>	<p>personas con discapacidad.</p> <p>5. Características arquitectónicas generales</p> <p><b>5.1</b> Los requisitos arquitectónicos que establece esta norma, aplican para la construcción, ampliación, remodelación, rehabilitación y acondicionamiento de establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud, sin perjuicio del cumplimiento de lo dispuesto en las Normas Oficiales Mexicanas, referidas en los numerales 3.1 y 3.2, de esta norma, así como de otras disposiciones jurídicas que resulten aplicables.</p> <p><b>5.2</b> Los establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria, deben contar con rutas accesibles para que las personas con discapacidad puedan llegar, desde los accesos principales, hasta las áreas donde se brindan los servicios de atención médica.</p> <p><b>5.9</b> Se deberá colocar señalización específica para personas con discapacidad con la finalidad de identificar: accesos, estacionamientos, rutas accesibles, rutas de evacuación y servicios, así como lo referente a seguridad y prevención, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables.</p> <p>6. Características arquitectónicas específicas</p> <p><b>6.1 Espacios para las circulaciones horizontales</b></p> <p>6.2 Elementos para las circulaciones verticales</p> <p>6.3 Elementos arquitectónicos</p> <p>6.4 Espacios arquitectónicos</p> <p>6.5 Señalización</p>
<p><b>NORMA Oficial Mexicana NOM-072-SSA1-2012, Etiquetado de medicamentos y de remedios herbolarios</b></p>	<p>1. Objetivo</p> <p>Establecer los requisitos que deberá contener el etiquetado de los medicamentos y los remedios herbolarios que se comercializan o suministran en el territorio nacional, sus instructivos y el etiquetado de las muestras médicas de los mismos.</p> <p>5. Información que deberá contener el etiquetado de los medicamentos.</p> <p>5.1 Denominación distintiva</p> <p>5.2 Denominación genérica</p> <p>5.4 Forma farmacéutica</p> <p>5.5 Concentración del fármaco</p> <p>5.6 Consideraciones de uso, conforme a lo establecido en la sección correspondiente a formas farmacéuticas de la FEUM, cuando aplique, las cuales deberán expresarse debajo de la concentración.</p> <p>5.7 Fórmula.</p> <p>5.8 Declaración de la fórmula</p>

	<p>5.9 Dosis o posología</p> <p>5.10 Vías de administración</p> <p>5.11 Datos de conservación y almacenaje</p> <p>5.12 Leyendas de advertencia y precautorias</p> <p>5.13 Expresión de la clave alfanumérica del registro sanitario.</p> <p>5.14 Número de lote.</p> <p>5.15 Fecha de caducidad.</p> <p>5.18 Contenido.</p> <p>5.21 Etiquetado de envases secundarios.</p> <p>6 Leyendas</p> <p>De acuerdo con el numeral 5.13.1 de esta norma, las leyendas para el etiquetado de los medicamentos se incluirán conforme a lo siguiente:</p> <p>6.1 Las etiquetas de los medicamentos que requieren prescripción médica para su comercialización deberán incluir la información del numeral 5 de esta norma, así como las siguientes leyendas específicas:</p> <p>6.1.6 Para todos los medicamentos también deben incluirse las siguientes leyendas:</p> <p>6.1.6 Para todos los medicamentos:</p> <p>6.1.6.1 "No se deje al alcance de los niños" o "No se deje al alcance ni a la vista de los niños".</p> <p>6.1.6.2 "Reporte las sospechas de reacción adversa al correo: <a href="mailto:farmacovigilancia@cofepris.gob.mx">farmacovigilancia@cofepris.gob.mx</a>".</p> <p>6.1.6.3 Y otras que fije la Secretaría de Salud, de acuerdo con la naturaleza del medicamento.</p>
<p><b>NORMA Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención</b></p>	<p>0. Introducción</p> <p>La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos tutela garantías y derechos específicos que se refieren a la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres y al establecimiento de condiciones para el desarrollo y desenvolvimiento de los individuos, las familias, las comunidades y los pueblos indígenas.</p> <p>De este contexto se establece el derecho a la protección a la salud y la plena igualdad jurídica de los hombres y las mujeres. No obstante, subsisten aún profundas inequidades entre ellos, que propician situaciones de maltrato y violencia hacia los grupos en condición de vulnerabilidad en función del género, la edad, la condición física o mental, la orientación sexual u otros factores, que se manifiestan cotidianamente.</p> <p>Por su alta prevalencia, efectos nocivos e incluso fatales, la violencia familiar y sexual es un problema de salud pública que representa un</p>

	<p>obstáculo fundamental para la consolidación efectiva de formas de convivencia social, democrática y con pleno ejercicio de los derechos humanos.</p> <p>Si bien cualquier persona puede ser susceptible de sufrir agresiones por parte del otro, las estadísticas apuntan hacia niños, niñas y mujeres como sujetos que mayoritariamente viven situaciones de violencia familiar y sexual. En el caso de niños y niñas, ésta es una manifestación del abuso de poder en función de la edad, principalmente, mientras que, en el caso de las mujeres, el trasfondo está en la inequidad y el abuso de poder en las relaciones de género. La violencia contra la mujer, tanto la familiar como la ejercida por extraños, está basada en el valor inferior que la cultura otorga al género femenino en relación con el masculino y la consecuente subordinación de la mujer al hombre.</p> <p>Con la elaboración de esta Norma Oficial Mexicana, el Gobierno de México da cumplimiento a los compromisos adquiridos en los foros internacionales en materia de la eliminación de todas las formas de violencia, especialmente la que ocurre en el seno de la familia y contra la mujer, que se encuentran plasmados en la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1979); Convención sobre los Derechos del Niño (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1989); Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados (23-mayo-1969); Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1993); Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belem do Pará" (OEA, 1994); Convención Americana sobre Derechos Humanos (San José de Costa Rica, 1969); y Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1966).</p> <p><b>1. Objetivo</b></p> <p>La presente Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los criterios a observar en la detección, prevención, atención médica y la orientación que se proporciona a las y los usuarios de los servicios de salud en general y en particular a quienes se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar o sexual, así como en la notificación de los casos.</p>
<p><b>Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH</b></p>	<p>Presentación</p> <p>En 2008 se creó la Comisión Negociadora de Precios de Medicamentos y otros Insumos para el Sector Salud, la cual ha desarrollado negociaciones con la industria farmacéutica para disminuir el costo de los medicamentos antirretrovirales de patente, permitiendo que el programa sea sustentable.</p> <p>Actualmente se dispone de 20 fármacos antirretrovirales que se utilizan en el tratamiento de pacientes que viven con VIH o sida en 32 presentaciones, incluyendo presentaciones coformuladas que se proveen a la población adulta y pediátrica.</p> <p>Objetivo general</p> <p>El propósito central en el cuidado de las personas que viven con VIH es proporcionarles atención integral a través de un conjunto diverso de profesionales que tienen como objetivo común ofrecer dicha atención integral, con igual valor de las aportaciones y con diferencias en el tipo de información e intervención que hay que realizar, tomando en cuenta los aspectos físicos, psicológicos, sociales y éticos.</p>

Esta Guía proporciona recomendaciones para favorecer la toma de decisiones médicas en personas adultas, niñas y niños con problemas específicos relacionados con el VIH, como una herramienta que contribuya a mejorar la calidad de la atención, disminuir la frecuencia de tratamientos innecesarios, inefectivos o dañinos y minimizarla probabilidad de eventos adversos.

## Capítulo 1

Tabla 1.1. Evaluación de las personas que viven con VIH en la visita inicial y visitas sucesivas

Tabla 1.2. Evaluación de niños, niñas y adolescentes que viven con VIH en la visita inicial y visitas sucesivas

Tabla 2.2. Monitoreo de laboratorio en niños, niñas y adolescentes que viven con VIH

## Capítulo 2

2.1. Cuándo iniciar el tratamiento antirretroviral

2.2. Combinación de antirretrovirales recomendados en el inicio de la terapia

Tabla 6. Esquemas recomendados en personas adultas sin tratamiento previo

Tabla 7. Otros esquemas alternativos para personas adultas sin tratamiento previo

2.3. Rescate en la falla al control viral del esquema de inicio

Tabla 11. Conducta a seguir ante la sospecha de falla al control viral

Tabla 12. Principios del abordaje ante la sospecha de falla al control viral

Tabla 14. Esquemas recomendados en el rescate tras falla al primer esquema de TAR

2.4. Tratamiento de rescate de la falla al control viral tras múltiples esquemas y/o con infección por un virus resistente a medicamentos de varias clases de antirretrovirales

El objetivo de un esquema de rescate avanzado es lograr que la persona mantenga mediciones de cargas virales por debajo del nivel de cuantificación de manera permanente.

Tabla 15. Principios del rescate avanzado

2.5. Uso de pruebas virales de resistencia a antirretrovirales

2.6. Seguimiento de las personas con tratamiento ARV

Tabla 17. Recomendaciones en el monitoreo del efecto del TAR en la viremia y en la reconstitución inmune

2.7. Estrategias de cambio de medicamentos ARV en personas bajo control virológico

Tabla 18. Principios para el cambio de esquema ARV

Tabla 20. Cambio por toxicidad o efectos secundarios

Tabla 21. Cambio por interacciones con medicamentos

2.8. Apego al tratamiento

2.8.1. Definición e importancia

El «apego» o la «adherencia» se refieren al grado de cumplimiento de la persona a las indicaciones médicas, incluyendo las terapias prescritas, la asistencia a sus citas de seguimiento, las recomendaciones dietéticas y de ejercicio físico, etc.

Tabla 22: Factores comúnmente relacionados con la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral

Tabla 23: Causas de incumplimiento y posibles estrategias de intervención para mejorar el apego

2.8.2. Métodos para medir el apego

Capítulo 3

3. Tratamiento antirretroviral en población infantil y adolescente

3.1. Criterios para iniciar el tratamiento antirretroviral

Tabla 24. Criterios para el inicio del tratamiento antirretroviral pediátrico

3.2. Objetivos del tratamiento ARV

3.3. Criterios de inicio del esquema ARV

Tabla 29. Recomendaciones para el inicio de TAR en pediatría

3.4. Esquema de tratamiento inicial en pediatría

Tabla 30. Esquemas recomendados para iniciar TAR en niñas y niños con VIH

3.5. Falla al tratamiento antirretroviral en población infantil y adolescente

3.5.1. Criterios de cambio de TAR por falla terapéutica en población infantil

Tabla 32. Falla al tratamiento antirretroviral

3.5.2. Recomendaciones para modificar el tratamiento inicial

3.5.3. Esquemas de tratamiento por falla terapéutica en niñas y niños

3.5.4. Consideraciones importantes para el cambio de tratamiento

Tabla 33. Esquemas recomendados en caso de falla terapéutica en pacientes pediátricos

3.7. TRANSICIÓN A CLÍNICAS DE PERSONAS ADULTAS

Tabla 36. Cronograma para plan de transición a clínicas de adultos. Tareas del médico, adolescente y cuidador primario (AIII)

Tabla 37. Criterios a cumplir para una transición exitosa

	<p>Capítulo 4</p> <p>4. Embarazo y VIH</p> <p>4.1. Inicio del tratamiento antirretroviral</p> <p>Tabla 39. Esquemas recomendados para inicio de TAR en mujeres embarazadas</p> <p>Tabla 41. Terapia antirretroviral en mujeres embarazadas con tratamiento previo</p> <p>ANEXO I. COMORBILIDADES EN LA INFECCIÓN POR VIH</p> <p>ANEXO IV. VACUNACIÓN EN LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH</p> <p>ANEXO VII. CONSIDERACIONES ESPECIALES</p>
<p><b>Guía de Práctica Clínica Tratamiento Antirretroviral del Paciente Adulto con Infección por el VIH, Evidencias y Recomendaciones</b></p>	<p>3.3 Objetivo</p> <p>Esta guía pone a disposición del personal del segundo y tercer niveles de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☑ Proporcionar recomendaciones razonadas y actualizadas sobre el uso óptimo del tratamiento ARV en pacientes adultos con infección por el VIH.</li> <li>☑ Servir de instrumento para estandarizar los esquemas de tratamiento ARV en el paciente adulto con infección por el VIH.</li> <li>☑ Contribuir a limitar la progresión clínica de la enfermedad en personas que viven con el VIH y mejorar su calidad de vida.</li> <li>☑ Disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas y la transmisión del VIH.</li> </ul> <p>4. Evidencias y recomendaciones</p> <p>4.1 Evaluación del paciente con infección por el VIH</p> <p>4.1.1 Evaluación inicial y subsecuente</p> <p>4.1.1.1 Evaluación clínica inicial</p> <p>4.1.1.2 Evaluación de laboratorio y gabinete</p> <p>4.1.1.8 Evaluación de Depresión y otras comorbilidades Neuropsiquiátricas</p> <p>4.1.1.9 atención integral del adulto mayor con VIH</p> <p>4.1.1.10 Aspectos relevantes en la Evaluación de otras comorbilidades Infecciosas</p> <p>4.2 Inicio del Tratamiento Antirretroviral (ARV)</p> <p>4.2.1 Criterios de Inicio</p> <p>4.2.2 Antirretrovirales para el Inicio del Tratamiento</p>

	<p>4.3 Modificación del tratamiento ARV</p> <p>4.3.1 Criterios para definir falla terapéutica</p> <p>Los factores que influyen en la falla al tratamiento ARV son:</p> <p>a) dependientes del paciente: falta de adherencia al tratamiento ARV, dificultad de acceso a la atención médica, o de seguimiento de los controles médicos</p> <p>b) dependientes del fármaco: errores de dosificación, potencia del TAR, barrera genética, interacciones farmacocinéticas, y</p> <p>c) dependientes del virus: pre-existencia de mutaciones de resistencia transmitidas o adquiridas</p> <p>Se recomienda analizar las causas que pueden afectar la adherencia y por tanto la respuesta sobre la carga viral del individuo, como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☒ Interacciones farmacológicas entre ARV y con otros medicamentos</li> <li>☒ Tolerabilidad de los fármacos</li> <li>☒ Efecto de los alimentos sobre la absorción de los ARV</li> <li>☒ Adherencia al tratamiento, y</li> <li>☒ Presencia de alteraciones de tipo conductual, psicológico, psiquiátrico y social.</li> </ul> <p>4.3.2 Cambio de Tratamiento por Falla Terapéutica</p> <p>4.3.3 Cambio de Tratamiento por Simplificación o Toxicidad (cuadro 8)</p> <p>6. Glosario</p> <p>Adherencia: Capacidad del paciente para implicarse correctamente en la elección, inicio y cumplimiento del tratamiento ARV, a fin de conseguir una supresión adecuada de la replicación viral. La adherencia incorrecta es la primera causa de fracaso terapéutico. (Documento de consenso de GeSida/PNS sobre TAR, enero 2016)</p> <p>Retención en atención del VIH: Persona que vive con el VIH que entra y se mantiene en atención integral del VIH por los servicios de salud, de acuerdo con sus necesidades. Se excluyen a las personas que mueren o se pierde su seguimiento. (WHO, 2016)</p>
<p><b>Guía de Referencia Rápida Tratamiento antirretroviral del paciente adulto con infección por VIH</b></p>	<p>EVALUACIÓN INICIAL Y SUBSECUENTE DEL PACIENTE</p> <p>CRITERIOS DE INICIO DEL TRATAMIENTO</p> <p>CRITERIOS PARA DEFINICIR FALLA TERAPÉUTICA</p> <p>EVALUACIÓN DEL PACIENTE EN FALLA TERAPÉUTICA</p> <p>RECOMENDACIONES PARA CAMBIO DE TRATAMIENTO EN EL PACIENTE CON OPCIONES LIMITADAS Y MULTIRRESISTENCIA</p> <p>RECOMENDACIONES PARA CAMBIOS DE TRATAMIENTO POR TOXICIDAD</p>

**Guía de Práctica  
Clínica Tratamiento  
Antirretroviral del  
Paciente Pediátrico  
con infección por el  
VIH**

**3.4 Objetivo de esta guía**

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Proporcionar las recomendaciones pertinentes para el manejo eficaz, eficiente y efectivo del tratamiento ARV en los niños con VIH/SIDA.
2. Servir de instrumento para estandarizar y optimizar los esquemas de tratamiento ARV en el paciente pediátrico con VIH/SIDA, derechohabiente del IMSS
3. Favorecer la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

**4. Evidencias y recomendaciones**

**4.2 Inicio del tratamiento antirretroviral en el paciente pediátrico con VIH-1.**

**4.3 Esquemas recomendados para el Inicio del tratamiento en el paciente pediátrico.**

**4.4 Seguimiento del paciente pediátrico con tratamiento antirretroviral**

Los pacientes que inician tratamiento ARV deben vigilarse con la finalidad de evaluar su efectividad, adherencia, tolerabilidad y efectos secundarios

El paciente deberá evaluarse cada 4-8 semanas después de iniciar el tratamiento para realizar interrogatorio dirigido acerca de adherencia, tolerancia y efectos secundarios

Para establecer respuesta al tratamiento inicial se solicitará la cuantificación de linfocitos TCD4+ y carga viral a las 4-8 semanas de haber iniciado el tratamiento. La vigilancia posterior se deberá realizar cada 3-4 meses evaluando los mismos parámetros iniciales para poder establecer en forma oportuna posibles complicaciones.

Mantener actualizado el esquema de inmunizaciones de acuerdo a la edad y al estado inmunológico.

**4.5 Criterios para establecer falla terapéutica a los fármacos ARV en pediatría.**

**4.5.1 Criterios para identificar la falla virológica.**

Se define como falla al tratamiento a la respuesta subóptima o falta de respuesta sostenida al tratamiento ARV.

La falla al tratamiento ARV se refiere a una respuesta inadecuada desde el punto de vista virológico, inmunológico o clínico.

**4.5.2 Criterios para establecer la falla inmunológica.**

**4.5.3 Criterios para establecer la falla clínica.**

**4.6 Opciones de tratamiento en caso de falla a un esquema ARV inicial en pacientes pediátricos.**

	4.7 Realización de pruebas de resistencia a los fármacos ARV en pacientes pediátricos.
<b>Guía de referencia rápida tratamiento antirretroviral del paciente pediátrico con infección por el VIH</b>	<p>TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO</p> <p>ESQUEMA DE INICIO BASADO EN ITRnAN + ZITRAN</p> <p>ESQUEMAS DE INICIO BASADOS EN 3 ITRAN</p> <p>SEGUIMIENTO DEL PACIENTE PEDIAÁTRICO CON TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL</p> <p>ESTABLECIMIENTO DE FALLA VIROLÓGICA</p> <p>CRITERIOS PARA ESTABLECER FALLA VIROLÓGICA</p> <p>CRITERIOS PARA ESTABLECER FALLA INMUNOLÓGICA</p> <p>CRITERIOS PARA ESTABLECER FALLA CLÍNICA</p> <p>OPCIONES DE TRATAMIENTO EN CASO DE FALLA</p> <p>PRUEBAS DE RESISTENCIA A LOS FÁRMACOS ARV EN PACIENTES PEDIÁTRICOS</p>
<b>Guía de práctica clínica Diagnóstico y referencia oportuna del paciente con infección por el VIH en el primer nivel de atención</b>	<p>3. Aspectos generales</p> <p>3.2 Objetivo de esta guía</p> <p>Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia con la intención de estandarizar las acciones nacionales para:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar los factores de riesgo en la población abierta</li> <li>2. Diagnosticar oportunamente la Infección por VIH</li> <li>3. Referir oportunamente a los pacientes con VIH</li> </ol> <p>Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica; contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.</p> <p>4. Evidencias y recomendaciones</p> <p>4.1.1 Detección</p> <p>4.1.1.5. Condiciones para el inicio del tratamiento</p> <p>Evaluar el estadio clínico, inmunológico y virológico de la infección para determinar el inicio de la terapia antirretroviral.</p> <p>El tratamiento antirretroviral se debe iniciar en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toda persona con enfermedad definitiva de SIDA.</li> <li>• CD4, menos de 350 células/mm<sup>3</sup>.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mujeres embarazadas.</li> <li>• Personas con nefropatía asociada a VIH.</li> <li>• Personas co-infectadas con virus de la hepatitis B que requieran tratamiento para ambas condiciones. Se recomienda además en pacientes con infección crónica sintomática.</li> </ul> <p>4.2 Criterios de referencia a unidad especializada ambulatoria u hospital del segundo nivel</p> <p>Todo paciente con diagnóstico de infección por VIH establecido mediante prueba confirmatoria de Western-Blot debe ser referido a una unidad de atención ambulatoria especializada o a un hospital de segundo nivel de atención que cuente con los recursos diagnósticos y terapéuticos requeridos para el manejo, seguimiento y control de estos pacientes.</p>
<p><b>Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS, Dirigido a personal de los servicios de salud</b></p>	<p><b>INTRODUCCIÓN</b></p> <p>Al abordar temas relacionados a la sexualidad es particularmente importante el no partir de supuestos y promover la inclusión permanente de hombres y mujeres evitando el sexismo, así como visibilizar la diversidad de personas, preferencias sexuales, identidades genéricas y prácticas sexuales.</p> <p><b>Uso del lenguaje no sexista e incluyente</b></p> <p>Esta Guía se elaboró reconociendo la importancia de usar un lenguaje no sexista a fin de promover una mayor atención “al trato desigual y a la segregación de las personas de un sexo por considerarlas inferiores a las del otro”, mismas que muchas veces se reproducen mediante el lenguaje, las imágenes y los códigos que utilizamos.</p> <p>Con base en las recomendaciones emitidas por el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) y la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) para comunicar de una manera libre de sexismo y contribuir a disminuir la discriminación sexual se utilizaron términos incluyentes en la mayoría de los casos. Se seleccionaron términos incluyentes que no dificultaran la lectura de la Guía como “personal de salud”, “personas adultas” o “personas” en lugar de “adultos”, “pacientes” o “profesionales de la salud”.</p> <p><b>Diversidad sexual y servicios de salud</b></p> <p>En el trabajo con ITS es fundamental reconocer que existen diversos comportamientos y orientaciones sexuales e identidades genéricas que no están necesariamente dentro de las pautas sociales establecidas como “adecuadas”. Esta situación ha generado actitudes de rechazo y maltrato hacia algunos grupos de la población como son trabajadores y trabajadoras sexuales, hombres y mujeres que tienen relaciones sexuales con otras personas de su mismo sexo o que se sienten atraídas hacia ellas, o incluso las personas que no obedecen las normas sociales y culturales de la masculinidad y la feminidad.</p> <p>La homofobia o lesbofobia o la transfobia son una forma de violencia, odio, hostilidad y discriminación contra personas que tienen relaciones sexuales con otras de su mismo sexo o se sienten atraídas hacia ellas. En América Latina y el Caribe, como en muchas otras regiones, la agresión homofóbica es particularmente persistente en la sociedad y surge de la información errónea, la discriminación y los</p>

	<p>prejuicios, fomentando un ambiente inseguro para las personas y alejándolas de los servicios de salud preventivos y de atención establecidos. Encuestas sobre discriminación realizadas y organizaciones de la sociedad civil han reportado que a pesar de los esfuerzos realizados, la mayoría de las instituciones de salud no cuentan con personal sensibilizado y capacitado para atender a personas homosexuales, trans o lesbianas y que contribuyen frecuentemente a la discriminación y el rechazo.</p> <p>Por ello, es fundamental promover servicios de salud en un ambiente libre de discriminación y estigma hacia cualquier persona, particularmente en los servicios dirigidos a la atención de la salud sexual, incluyendo las infecciones de transmisión sexual y del VIH/SIDA. Esto es un imperativo ético y profesional para cualquiera que tenga la responsabilidad de ofrecer información y servicios de salud a la población.</p> <p>IV. Manejo integral de ITS:</p> <p>Los y las profesionales de servicios de salud juegan un papel crucial para la prevención y atención adecuada de las ITS, ya que son los encargados de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosticar y tratar a las personas infectadas con alguna ITS.</li> <li>• En caso necesario, referirlas a servicios de atención más especializados.</li> <li>• Reportar los casos de ITS de acuerdo con los criterios establecidos por las autoridades de salud.</li> <li>• Cumplir con criterios de confidencialidad en todos los procesos.</li> </ul> <p>Cuadro 4. Manejo general de una persona con sospecha de tener una ITS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofrecer a la persona el tratamiento adecuado a partir de los síndromes detectados, o los resultados de laboratorio obtenidos.</li> <li>• Explicar la importancia de la adherencia al tratamiento para el éxito del mismo.</li> </ul>
<p><b>Guía de detección y diagnóstico integral de VIH/SIDA</b></p>	<p><b>Servicios amigables</b></p> <p>Las unidades especializadas en VIH atienden a poblaciones muy diversas. Principalmente acuden aquellas personas sensibilizadas sobre el tema y que tienen conocimiento sobre su propio riesgo de exposición al VIH. Estas poblaciones son hombres que tienen sexo con hombres (HSH), hombres gay y mujeres transgénero.</p> <p>Por otro lado acuden poblaciones que desconocen del tema, referidas desde centros de salud u hospitales. Principalmente mujeres que han estado en riesgo de exposición por sus parejas, con poca o nula información sobre el tema.</p> <p>Para atender estas poblaciones tan diversas, el personal de las unidades especializadas en VIH debe tener un perfil muy característico. Si se quiere otorgar servicios de calidad y con calidez es necesario que el personal sea sensible al género, incluyendo en esto a la diversidad sexual. No debe haber discriminación, y la empatía es un factor clave para que la persona pueda exponer cómodamente temas tan delicados y personales.</p> <p><b>Sistemas de referencia</b></p>

	<p>Los servicios de consejería de las unidades especializadas en VIH harán la referencia de los usuarios con resultados positivos a VIH, al servicio médico de la institución médica que le corresponda.</p> <p>Los servicios de detección en la comunidad deberán tener un convenio de referencia para las usuarias y usuarios, con una unidad especializada en VIH, a efecto de completar el diagnóstico integral de la infección por VIH.</p> <p><b>Capacitación a consejeros</b></p> <p>Los servicios de consejería de las unidades especializadas en VIH, deberán contar con personal capacitado y sensibilizado con la temática de las poblaciones clave, conocimiento de su contexto sociocultural con perspectiva de género, haciendo énfasis en la equidad de los servicios que solicitan las usuarias y usuarios.</p> <p>La capacitación tiene la finalidad de proporcionar herramientas para las actividades que realice el consejero, siendo de vital importancia algunos puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervención en crisis</li> <li>- Manejo de estrés y reducción de angustia</li> <li>- Evaluación de riesgos</li> <li>- Desmitificación del VIH</li> <li>- Redes sociales de apoyo y sostenimiento (familia, amigos, compañeros, etc.)</li> <li>- Información técnica de carga viral y CD4</li> <li>- Alternativas de prevención y atención médica.</li> </ul> <p><b>Recursos necesarios</b></p> <p>Unidad especializada en VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Área de consejería</li> <li>- Laboratorio</li> </ul> <p>Detección en comunidad</p>
<p><b>Guía integral para personas recién diagnosticadas con VIH</b></p>	<p><b>Presentación</b></p> <p>Esta guía tiene el propósito de brindarte información de primera mano, ahora que sabes que vives con VIH. Tal vez has escuchado hablar antes de este padecimiento y conoces de qué se trata. Es muy probable que al hacerte la prueba un consejero o prestador de servicios de salud te haya dado información, algunas recomendaciones y aclarado tus dudas sobre qué hacer ahora que sabes que tienes VIH y cómo puedes vivir saludablemente</p> <p><b>Introducción</b></p>

Adherencia o apego, significa tomar los medicamentos oportunamente y sin falta, tener adherencia a aquello que es fundamental para mejorar nuestra calidad de vida.

Esta es una medición de la responsabilidad y del amor hacia uno mismo, de la estima sobre la propia existencia y de la voluntad de trabajar por mantenerse en las mejores condiciones de salud posibles. Cuando uno abandona los medicamentos está aceptando que la salud se deteriore y esto tampoco es una característica de los sobrevivientes de largo plazo, los cuales siempre son muy ordenados y constantes con este aspecto de su vida.

Mantener la dignidad

Fuerza de voluntad

Hacer ejercicio

¿Es muy costoso el tratamiento?

En México, todas las personas con VIH tienen derecho a recibir servicios de salud de manera totalmente gratuita, no importa en qué parte del país se encuentren.

Seguimiento de la carga viral y células CD4

Es importante que en conjunto con tu médico lleves un seguimiento de estos exámenes clínicos. Los resultados sirven para conocer la respuesta de tu organismo al virus y al tratamiento, y tomar decisiones informadas.

¿Por qué es necesario tomar medicamentos?

El tratamiento con antirretrovirales (ARV) es la única manera comprobada de controlar el VIH. Una vez iniciado el tratamiento no debes abandonarlo o incumplirlo, al menos que tu médico así lo indique. Algunos medicamentos tienen peculiaridades en la forma y horarios, por lo que debes tomar en cuenta las recomendaciones de tu médico tratante.

Tomar medicamentos para el VIH es una decisión importante porque una vez que decidas comenzar a tomarlos, es necesario que comprendas que será para toda la vida, por lo que debes estar preparado para dar un paso tan grande como este.

La decisión de tomar medicamentos es solamente tuya con la información, asesoría y apoyo de los proveedores de salud.

Actualmente, se recomienda que se inicie la toma de medicamentos ARV lo más pronto posible, de preferencia en las primeras etapas de la infección, independientemente del conteo de células CD4.

El tratamiento debe ser individualizado de acuerdo a las condiciones clínicas del paciente.

Adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento significa ingerir los medicamentos tal como han sido prescritos, para lo cual hay que cumplir con todas las citas médicas y acudir para la realización de los estudios de laboratorio indicados. La adherencia ayuda a las personas con VIH a tener un control del virus y mantener una vida saludable.

Tomar sin interrupción los medicamentos es muy importante, a menos que el doctor diga que pueden interrumpirse. Debe tomarse en cuenta que algunas medicinas se deben de tomar con alimentos o en ayunas, en la noche, etcétera, es decir, cada medicamento es diferente y se deben tomar en cuenta las recomendaciones de los prestadores de servicios de salud sobre esto.

Algunas recomendaciones para tomar correctamente tus medicamentos:

- En primer lugar debes estar convencido de iniciar tu tratamiento.
- Escribe un horario con los días y horas en que se deben tomar.
- Usa pastilleros para organizar las pastillas y cápsulas.
- Emplea la alarma de tu celular, o alguna similar, como recordatorio para tomar tus medicamentos.
- Si debido a tu rutina se te dificulta tomar correctamente los medicamentos, habla de esta situación con tu médico tratante y redes de apoyo para diseñar una estrategia.

¿Se tienen efectos secundarios adversos?

Puede que al comenzar a tomar medicamentos contra el VIH se experimenten algunos efectos secundarios adversos; dependiendo de los medicamentos y de cómo los reciba cada organismo, estos pueden variar. En los últimos años los tratamientos son más efectivos y provocan menos efectos adversos.

¿Qué pasa si no tomo mis medicamentos como se me indica?

Si no tomas los medicamentos siguiendo las indicaciones, es muy probable que en algún momento éstos dejen de ser efectivos, ya que el virus puede desarrollar resistencia al ARV, en cuyo caso será necesario cambiar a un nuevo tratamiento ARV

¿Puedo transmitir el VIH?

Si eres adherente al tratamiento y tienes cargas virales indetectables, la posibilidad de transmitir el VIH se reduce en más del 90%. Como lo detallamos líneas abajo, es importante también usar siempre condón, ya que reduce aún más el riesgo de transmisión del VIH, así como de otras infecciones de transmisión sexual.

- Antes, durante y después del embarazo es importante que se adhiera a su tratamiento ARV para alcanzar cargas virales indetectables y disminuir el riesgo de transmisión del virus. e El médico evaluará la necesidad de medicamentos profilácticos y de realizar cesárea. e Se recomienda el seguimiento de hijos e hijas de madres con VIH durante los primeros 18 meses.

¿Existen los Derechos Humanos para personas con VIH?

En México existen los Derechos Humanos para las personas con VIH. Conocerlos es de gran ayuda. Al final de esta guía, podrás encontrar una sección de recursos, donde encontrarás la lista sobre tus derechos humanos.

Nadie puede negarte ningún servicio por tener VIH, ni tampoco privarte de oportunidades de vivienda, trabajo, educación o salud.

### **Adherencia al tratamiento antirretroviral**

Sólo se puede controlar adecuadamente al VIH siguiendo estrictamente el tratamiento, tanto en relación a las tomas de medicamento, como en cuanto a las pruebas de seguimiento como CD4 y carga viral que ayudan a vigilar la eficacia de cada fármaco.

Una vez iniciado el tratamiento con algún antirretroviral no debe suspenderse sin la indicación del médico o médica tratante; si la medicación se sigue irregularmente o se suspende, pueden proliferar cepas de VIH resistentes a ese fármaco, reduciendo nuestras opciones a futuro.

La decisión de iniciar el tratamiento depende de la persona debidamente informada, pero una vez establecido debe seguirse adecuadamente de por vida o hasta en tanto se encuentren recursos médicos que los hagan innecesarios.

Todos los fármacos pueden causar malestar en cierto grado, por lo que puede ser necesario sustituirlos. No es conveniente abandonar los tratamientos ni las prácticas que evitan la transmisión, aunque al inicio de este abandono se perciba cierto bienestar.

Tomar decisiones no informadas o derivadas de la charlatanería puede tener resultados negativos e incluso fatales.

### **Derechos humanos y VIH**

Las violaciones más frecuentes a los Derechos Humanos de las personas que viven con VIH o sida y las personas cercanas a ellos son:

- Omitir prestar atención médica a causa de vivir con VIH o con sida.
- Omitir suministrar medicamentos a personas con VIH o con sida.
- Negligencia médica.
- Negativa a la contratación laboral o al ingreso a alguna institución educativa.
- Prestar indebidamente el servicio público.
- Obstaculizar o negar las prestaciones de seguridad social a que se tiene derecho.
- Rescisión de la relación laboral debido a la condición de vivir con VIH o con sida.
- Violación de la confidencialidad ante la condición de vivir con VIH o con sida.
- Trato discriminatorio, ofensivo o de rechazo.
- Que este trato discriminatorio sea por parte de personal del sector salud.
- Que este trato sea cometido por un particular con la anuencia de personal del sector salud.
- Falta de notificación oportuna del estado de salud debido a la condición de vivir con VIH o con sida.
- Impedimento de visita íntima a reclusos o internos por vivir con VIH o con sida.
- Aislamiento hospitalario o penitenciario por la condición de vivir con VIH o con sida.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de la prueba de VIH para la visita íntima en reclusorios.</li> <li>• Solicitud de la prueba de VIH para ingresar a un puesto laboral.</li> </ul> <p>Ante este abanico de violaciones, la CNDH tiene entre sus facultades la defensa de los derechos humanos de las personas que viven con VIH o con sida de los abusos de las autoridades, para ellos se puede presentar una queja ante esta Comisión Nacional.</p> <p>¿Cómo presentar una queja ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos?</p> <p>La queja debe presentarse dentro del plazo máximo de un año a partir de la ejecución de los hechos que se estimen violatorios o de que el quejoso hubiese tenido conocimiento de los mismos.</p> <p>Los menores de edad también pueden denunciar hechos presuntamente violatorios de derechos humanos, para lo cual cuentan con la asesoría de personal especializado que recibe la queja en forma oral. En caso de extranjeros o indígenas que no hablen o entiendan español, se les proporcionará gratuitamente un traductor o un intérprete.</p> <p><b>Glosario</b></p> <p>Adherencia. Consiste en cumplir las indicaciones en relación a los medicamentos, otras indicaciones como citas a consultas y para análisis del laboratorio.</p>
<p><b>Guía para la atención psicológica de personas que viven con el VIH/SIDA</b></p>	<p>2 Impacto psicosocial del SIDA</p> <p>2.2 Impacto del VIH/SIDA en la sexualidad</p> <p>3. Prueba de detección del VIH: modelo de asesoría para la población que consulta</p> <p>Recomendaciones de acuerdo con el resultado</p> <p>4. Acompañamiento psicológico</p> <p>4.1 Descompensaciones y manifestaciones psicológicas en las personas con el VIH/SIDA</p> <p>4.2 Modelos de acompañamiento psicológico para personas con el VIH/SIDA</p> <p>5. Impacto que produce en el personal de salud trabajar con pacientes con el VIH/SIDA</p> <p>5.1 Alertas para el trabajador de salud</p>
<p><b>Guía de enfermería para la atención de las personas con VIH</b></p>	<p>II. Intervención de enfermería en los tres niveles de atención</p> <p>En la a atención secundaria de personas con VIH es necesario que el personal de Enfermería esté alerta ante la presencia de enfermedades oportunistas, desarrollar un Proceso de Atención de Enfermería (PAE) de acuerdo con las necesidades de la persona, así como que verifique el cumplimiento del tratamiento médico. Respecto a esto último, para el diagnóstico temprano la prueba de detección debe realizarse siempre previo consentimiento informado y los profesionales de la salud garantizarán la confidencialidad de los resultados. Además es necesario un tratamiento oportuno donde el personal de salud debe considerar la importancia de la</p>

adherencia a éste con la finalidad de disminuir las infecciones oportunistas.

Algunas recomendaciones son:

- a) Alternativas para apego real al tratamiento.
- b) Disponibilidad de medicamentos.
- c) Horarios para la toma de medicamentos.
- d) Indicaciones en el contenido de la dieta: tipo de alimentos y líquidos.
- e) Alternativas para el cuidado domiciliario.

Además, es primordial que se cuente con la colaboración de la familia para que se lleven a cabo los cuidados específicos y la persona cumpla con su recuperación. La participación de la familia ha demostrado ser eficaz en la evolución favorable y adherencia al tratamiento

#### V. Intervención de enfermería en el apoyo emocional

La función de la enfermera es de suma importancia porque en la mayoría de las ocasiones es el primer contacto; por lo tanto, es crucial una actitud humana y saber escuchar de forma atenta y respetuosa para ganarse la empatía de la persona.

Así, los objetivos generales son:

- a) Brindar apoyo emocional temporal a la persona afectada, a su pareja, familiares y amigos y canalizarlos con el servicio correspondiente.
- b) Orientar y asesorar al paciente para una atención integral.

Se ha documentado que el proceso de aceptación emocional ante un resultado confirmatorio evoluciona de acuerdo con la atención previa que haya tenido la persona.

Estrategias para brindar apoyo a la persona y la familia:

- Difundir, educar y comunicar a los integrantes de la familia sobre signos y síntomas de urgencia para evitar enfermedades oportunistas.
- Sensibilizar y orientar a la familia para eliminar el estigma y la discriminación.
- Brindar educación higiénico-dietética fundamentada en la condición socioeconómica y cultural de la persona.
- Explicar la importancia de la adherencia al tratamiento.
- Apoyo tanatológico que incluye cómo “ayudar a bien vivir”, es decir, ofrecer apoyo, orientación y atención al paciente para mejorar su calidad de vida de acuerdo con sus necesidades.

#### VII. Los antirretrovirales y la terapia antirretroviral

Por su parte, enfermería debe intervenir para favorecer la adherencia de las siguientes formas:

- a) Valorar la situación de la persona y su familia:
- b) Elaborar un plan personalizado para la administración de los medicamentos con base en la valoración de la persona y la familia:
- c) Establecer una relación de confianza con la persona y la familia.
- d) Explorar el significado de la experiencia de enfermedad e identificar las incertidumbres y necesidades a través de preguntas abiertas.
- e) Explicar los beneficios de la TARV para su salud y los riesgos potenciales en caso de incumplimiento o suspensión.
- d) Realizar actividades de promoción para la salud familiar.

En Pediatría implica el conocimiento de la edad y desarrollo del niño, las características de la familia, actividades que realiza, el nivel escolar de la persona que será la responsable de administrar los medicamentos, las condiciones del hogar (si cuenta con refrigerador, etcétera), ya que la adherencia al tratamiento debe ser acorde con las actividades y necesidades de los niños y sus padres, de tal forma que permita el descanso y sueño durante la noche. La enfermera intervendrá junto con el médico en la enseñanza de la persona a cargo del cuidado del niño(a), en la forma técnica y condiciones para la administración de los medicamentos, así como en la detección de los signos de alarma ante la intolerancia a los mismos.

Se debe considerar el horario para la administración de medicamentos tanto en adultos como en pacientes en edad pediátrica; la enfermera sugerirá los horarios escolares y laborales considerando los de la familia.

El profesional de enfermería debe llevar un registro de las citas médicas, medicamentos, efectos secundarios de los mismos y si ha habido algún cambio en el esquema de tratamiento e identificar la causa.

X. Proceso de atención de enfermería para las personas con VIH/SIDA en los tres niveles de atención.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial de la enfermera se conoce como Proceso de Atención de Enfermería (PAE), el cual le permite proveer cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Como todo método, el PAE incluye un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la práctica las actividades pueden ser al unísono.

Esta planificación se realiza en una sistematización compuesta por cinco pasos:

- 1) Valoración.
- 2) Diagnóstico de Enfermería.
- 3) Planificación.
- 4) Ejecución.
- 5) Evaluación.

XII: Cuidados de la persona con VIH/SIDA en su domicilio

	<p>1) Proporcionar información clara y sencilla y por escrito acerca de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los medicamentos: las precauciones para su administración, efectos secundarios, interacciones con otros fármacos y la importancia de la adherencia al tratamiento.</li> <li>• Grupos de apoyo o solicitud de consejería, con la finalidad de interactuar y aprender cómo otras personas manejan el mismo problema; esto con el fin de mostrar que ni el paciente ni la persona que lo cuida están solos.</li> </ul> <p>XVI: Derechos y obligaciones de las personas que viven con VIH/SIDA</p> <p>La salud es un derecho fundamental, particularmente en materia de VIH/SIDA. Es un compromiso del Estado garantizar el acceso a prevención, tratamiento, cuidados y apoyo de manera universal. Para hacer efectivos tales compromisos es necesario prevenir y combatir la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género.</p> <p>Las condiciones de salud y la garantía de los derechos humanos están estrechamente vinculados, pues la salud impacta en el ejercicio de los derechos y los derechos impactan en la salud individual y colectiva.</p> <p>a) Derechos de los pacientes b) Obligaciones de los pacientes</p> <p>Los derechos de las personas con VIH/SIDA y las obligaciones del Estado para con ellas son:</p> <p>1) Derechos humanos de la mujer con VIH/SIDA. 2) Derechos humanos de los niños. c) Derechos y obligaciones del personal de salud.</p>
<p><b>Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual, Travesti, Transgénero e Intersexual</b></p>	<p><b>Objetivo general</b></p> <p>Contribuir a garantizar el acceso efectivo y sin discriminación a los servicios de salud de las personas lésbico, gay, bisexual, transexual, travesti, transgénero e intersexual así como la demás que se integran la diversidad de expresiones sexuales no normativas, mediante el establecimiento de criterios orientadores y acciones específicas a ser observadas en la prestación de servicios de atención médica en los establecimientos que componen el Sistema Nacional de Salud SNS).</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover mecanismos que garanticen la atención médica sin discriminación a la población LGBTTTI, a través de la conformación un protocolo de observancia general en la prestación de servicios médicos del SNS.</li> <li>- Establecer criterios de atención específicos en la atención médica de las mujeres lesbianas y bisexuales, hombres gay y bisexuales, personas transexuales y personas intersexuales, mediante la conformación de guías específicas de referencia para la atención de cada una de estas poblaciones.</li> </ul>

- Orientar a los titulares y directivos de establecimientos de atención médica en el Sistema Nacional de Salud, sobre las políticas que deberán establecer para evitar la discriminación de las personas LGBTTTI.
- Fomentar en todo el personal que labora en los establecimientos de atención médica del SNS, la cultura de respeto a los derechos humanos de las personas LGBTTTI.
- Contribuir al acceso efectivo a los servicios de salud de calidad, mediante el establecimiento de pautas de actuación que eviten la discriminación por razones de identidad y/o expresión de género, de variación en la diferencia sexual y orientación sexual.

### III. Definiciones operativas

Discriminación

Expresión de género

Estigma

Género

Identidad de género

Orientación sexual

Sexo

### IV: Principios orientadores

Para los efectos de este protocolo será indispensable considerar como criterios orientadores en la prestación de servicios de atención médica los siguientes principios:

Autonomía

Beneficencia

No maleficencia

Justicia

No discriminación

Confidencialidad.

### VI. Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas LGBTTTI

El presente protocolo tiene como objetivo establecer las bases para atender estos preceptos partiendo de generar un cambio en la actuación de las personas que colaboran en los servicios de atención médica del Sistema Nacional de Salud. Se trata de un catálogo de políticas para hacer observadas por los titulares, personal sustantivo y operativo de los establecimientos de atención médica

2. El titular del establecimiento deberá implantar las políticas internas necesarias que garanticen el acceso a los establecimientos bajo

condiciones de igualdad para todas las personas, sin discriminación...

4. Los establecimientos deberán sensibilizar al personal médico tratante para no prescribir tratamientos y/o evaluaciones psicológicas o psiquiátricas a ninguna persona solo por su identidad y/o expresión de género, variaciones intersexuales u orientación o preferencia sexual.

5. Los titulares de establecimientos deberán instaurar procedimientos internos para garantizar la aplicación de criterios orientadores con base en el principio de no discriminación y los derechos que reconoce la Constitución.

6. El personal médico será sensible en la forma de preguntar en la consulta, omitiendo expresiones heterosexistas, homofóbicas y discriminatorias...

7. ...informar a la persona que es necesario este dato en la orden de solicitud.

12. La autodenominación de la persona debe prevalecer sobre la de los profesionales en todos los niveles de atención.

16. Los prestadores de servicios de atención médica deben facilitar la presencia de las parejas y/o personas de confianza de las personas LGBTTTI durante el proceso de toma de decisiones, en los mismos términos de las políticas establecidas para el general de la población atendida.

18. ...ero tolerancia a cualquier acto de discriminación.

23. Los servicios prestados a las personas LGBTTTI, deberán llevarse a cabo de una manera eficiente bajo los mejores estándares de calidad y de acuerdo a la capacidad resolutive del establecimiento.

27. El establecimiento deberá conformar programas de capacitación y sensibilización sobre los temas inherentes a la atención de las personas LGBTTTI, que incluyan temáticas sobre no discriminación, igualdad de oportunidades, atención a personas en situación de vulnerabilidad y protección de los derechos en salud entre otros temas relevantes.

32. Las políticas de los establecimientos en materia de no discriminación y acceso efectivo a los servicios de salud, deberán tomar en cuenta que los menores son individuos en proceso de desarrollo que pueden presentar variaciones en la diferenciación sexual, y que requieren atención específica de acuerdo a la complejidad de cada caso.

35. Para la toma de decisiones en la atención médica de personas LGBTTTI menores, los equipos multidisciplinarios deberán proporcionar a la familia la información clara, precisa y oportuna sobre las posibles estrategias de atención. La información se presentara con base en los conocimientos científicos en la materia y tomando en consideración la perspectiva de los derechos humanos, los principios de autonomía y libre autodeterminación.

38. La discriminación, maltrato u otro factor que atente contra los derechos de los menores, deben ser reportados ante los titulares de los establecimientos para que procedan a realizar las acciones inmediatas necesarias para su atención, sin perjuicio de los procedimientos administrativos y legales a que haya lugar.

<p><b>Guía de recomendaciones para la atención de intersexualidad y variación en la diferenciación sexual</b></p>	<p><b>Guía de recomendaciones para la atención de intersexualidad y variación en la diferenciación sexual</b></p> <p>...esta guía establece un catálogo de recomendaciones que buscan promover una transformación en la perspectiva de la atención médica a la intersexualidad, la cual a su vez implica retos comunes para que los preceptos se lleven a cabo de manera gradual y con el apoyo de todas las instituciones que componen el sistema nacional de salud.</p> <p><u>Recomendaciones</u></p> <p>1. Las personas intersexuales y/o con variaciones en la diferenciación sexual que requieran atención médica deberán ser referidos a establecimientos especializados de tercer nivel. En los casos que por las circunstancias específicas deban intervenir los médicos de otro nivel de atención, se deberá procurar que tengan el conocimiento necesario y estén capacitados para la atención de estos casos.</p> <p>10. La aceptación o no del tratamiento recomendado por el equipo multidisciplinario no estará condicionada a la prestación de los servicios de atención médica, por lo cual independientemente de la decisión que se tome, la institución seguirá otorgando los servicios que las condiciones de salud del paciente requieran.</p> <p>19. Las instituciones del sector salud deberán promover investigaciones sobre intersexualidad incorporando líneas de trabajo como derechos humanos y salud, atención especializada basada en la autonomía de las personas y otras líneas afines.</p>
<p><b>Guía protocolizada para la atención de mujeres lesbianas y bisexuales</b></p>	<p><b>Guía protocolizada para la atención de mujeres lesbianas y bisexuales</b></p> <p>...se presentan una lista de acciones a observar por los prestadores de servicios de atención médica que, en su implementación, favorecerán al acceso efectivo y sin discriminación a las personas que pertenecen a la comunidad de mujeres lesbianas y bisexuales.</p> <p><u>Políticas</u></p> <p>I. Es importante que en la prestación de servicios de atención médica para las mujeres lesbianas y las bisexuales sea bajo condiciones de igualdad, sin discriminación ni cualquier otra circunstancia que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar derechos o libertades.</p> <p>II. ...sensibilizar al personal médico para no prescribir tratamientos y/o evaluaciones psicológicas o psiquiátricas a ninguna persona, solo por su orientación sexual, identidad y/o expresión de género.</p> <p>III. Los prestadores de servicios en los establecimientos deben sensibilizarse en el uso de un lenguaje no sexista, evitar emitir juicios de valor sobre la orientación sexual, procurar utilizar un discurso de género neutral, así como asumir que existen diferentes maneras de vivir la sexualidad y que algunas mujeres tienen actividad sexual con otras mujeres.</p> <p>IV. Los prestadores de servicios de atención médica deben facilitar la presencia de las parejas y/o personas de confianza de las mujeres lesbianas y bisexuales durante el proceso de toma de decisiones, en los mismos términos de las políticas establecidas para el general de la población atendida.</p> <p>X. ...realizar campañas internas de difusión que contemple la diversidad sexual, la perspectiva de derechos sobre las personas lesbianas y</p>

	<p>bisexuales y el cuidado de la salud.</p> <p>XIII. Es importante que los establecimientos cuenten con espacios adecuados para la entrevista, los cuales deben permitir la comunicación sobre prácticas y comportamientos sexuales y la compilación de información útil en la prestación de los servicios.</p> <p>XV. Cualquier intervención en la persona, ya sea física o psicológica, deberá contar con el consentimiento informado y con base en el derecho que tienen las y los pacientes de decidir, con la mejor información posible, sobre la mejor ruta de atención a su padecimiento.</p>
<p><b>Guía protocolizada para la atención de personas transgénero</b></p>	<p><b>Guía protocolizada para la atención de personas transgénero</b></p> <p>...La prestación de servicios en los establecimientos de atención médica para las personas trans será bajo condiciones de igualdad, sin discriminación o cualquier otra circunstancia que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar derechos o libertades. En este contexto se sugiere robustecer con acciones específicas con políticas no discriminatorias a partir del listado que a continuación se enlista.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El personal de salud deberá estar sensibilizado para no prescribir tratamientos y/o evaluaciones psicológicas o psiquiátricas a ninguna persona, solo por su identidad y/o expresión de género. Sin embargo, al ser una población con “estrés de minorías” se debe considerar el diagnóstico de trastornos mentales que pueden limitar el acceso y atención a los diferentes servicios de salud</li> <li>- Los prestadores de servicios en los establecimientos deben sensibilizarse en el uso de un lenguaje, evitando juicios de valor sobre la identidad y/o expresión de género, procurando respetar la identidad de género de los usuarios.</li> <li>- Los prestadores de servicios de atención médica facilitarán la presencia de las parejas y/o personas de confianza de las personas trans durante el proceso de toma de decisiones, en términos de las políticas establecidas para el general de la población atendida.</li> <li>- El profesional de salud deberá estar sensibilizado en abordajes que permitan indagar sobre la identidad de género y expresión de género generando ambientes amigables.</li> <li>- Los establecimientos deberán realizar campañas internas de difusión sobre atención a “Minorías Sexuales”.</li> <li>- ...se deberán establecer políticas de atención a la población sobre conductas asociadas a trastornos por consumo de sustancias nocivas para la salud en minorías sexuales.</li> <li>- Es importante que los establecimientos cuenten con espacios adecuados para la entrevista, los cuales deben permitir la comunicación sobre prácticas y comportamientos sexuales y la compilación de información útil en la prestación de los servicios.</li> <li>- Cualquier intervención en la persona, ya sea física o psicológica, deberá contar con el consentimiento informado con base en el derecho que tienen las y los pacientes de decidir, con la mejor información posible, sobre la mejor ruta de atención a su padecimiento.</li> </ul>
<p><b>Guía de capacitación para personal de los centros</b></p>	<p>A nivel nacional e internacional se ha evidenciado que los Centros Comunitarios de Detección del VIH (CCD) dirigidos a poblaciones clave, ubicados en espacios próximos a estas comunidades, representan espacios eficientes en la detección del VIH ya que captan a más personas en fases tempranas de la infección</p>

<p><b>comunitarios de detección</b></p>	<p>Los CCD constituyen espacios estratégicos para la implementación y monitoreo y evaluación de estrategias multifocales que incluyen desde la detección, consejería y acompañamiento de las personas con VIH, hasta su vinculación con los servicios, además de otras intervenciones de soporte comunitario que buscan mejorar la calidad de vida de la población.</p> <p>OBJETIVO DE LA GUÍA: Describir lineamientos generales que orienten el proceso de provisión de servicios de detección, consejería y vinculación de personas con VIH.</p> <p>Proceso de detección: los CCD deben focalizar actividades en las poblaciones de más prevalencia de VIH: HSH, TTT</p> <p>Proceso de vinculación de personas con VIH con los servicios de salud: la vinculación oportuna de las personas con resultados positivos de pruebas rápidas de VIH representa un paso clave para asegurar el acceso al tratamiento en los servicios de salud. Es necesario contar con estudios complementarios para una adecuada vinculación.</p> <p>Características básicas para provisión de servicios con calidad: en todos los CCD se debe garantizar que cumplen con los principios básicos para adoptar prácticas novedosas que incrementen el acceso a pruebas de manera voluntaria; bajo consentimiento informado; manejo de resultados de manera confidencial; servicios centrados en el usuario; y vinculación a servicios de atención médica. En general se parte del reconocimiento de que las pruebas de detección y la orientación con respecto al VIH constituye un proceso que debe estar orientado por un sentido ético, y debe ser implementado por personal que cuente con las competencias necesarias para brindar consejería con calidad y calidad, y libre de estigma y discriminación.</p>
<p><b>Cartilla de los derechos humanos de las personas que viven con VIH o con SIDA</b></p>	<p>A. ¿Porqué es peligrosa la discriminación contra las personas que viven con VIH/SIDA?</p> <p>Debido a las concepciones erróneas sobre la enfermedad, en México las personas que viven con VIH o sida enfrentan formas de discriminación, desde las más sutiles, como las que se expresan a través del lenguaje o chistes ofensivos y discriminatorios, hasta las más crudas y evidentes, como la exclusión o restricción de derechos por vivir con VIH o sida. A estas formas de discriminación se añaden otros atropellos, como la negación de servicios de salud o la negativa de acceso a medicamentos necesarios para el cuidado de la salud.</p> <p>G. Los derechos humanos de las personas que viven con VIH o con sida son iguales a los de todos:</p> <p>Por tal razón, la CNDH pone en tus manos esta cartilla, que enuncia los derechos de las personas que viven con VIH o sida, esperando que pueda ser útil para identificar y denunciar las formas de discriminación arbitraria que puedan cometer en tu contra funcionarios e instituciones públicas.</p> <p>Si vives con VIH o sida, éstos son tus derechos fundamentales:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Como cualquier otra persona en México y el mundo, las personas que viven con VIH o sida deben gozar de los derechos humanos fundamentales.</li> <li>2. Vivir con VIH o con sida no debe ser motivo de discriminación de ningún tipo.</li> <li>5. Si decides realizarte la prueba, tienes derecho a recibir información suficiente, a que los resultados sean manejados de forma anónima y confidencial y a que éstos se te entreguen de forma individual y por personal capacitado. No deben informarse resultados positivos o negativos en listados de manejo público ni comunicar el resultado a otras personas sin la autorización expresa de quien se sometió a la</li> </ol>

	<p>prueba.</p> <p>6. Con independencia del resultado, tienes derecho a recibir servicio de consejería para favorecer la puesta en práctica de las medidas de prevención durante las relaciones sexuales, y a recibir apoyo emocional en caso de un resultado positivo, para favorecer tu adaptación a la nueva situación.</p> <p>11. Tienes derecho a buscar, recibir y difundir información veraz, objetiva, científica y actualizada sobre el VIH o el sida.</p> <p>12. Tienes derecho a servicios de salud oportunos y de calidad idónea; atención personal cálida, profesional y éticamente responsable, así como a un trato respetuoso y un manejo correcto y confidencial de tu historial médico. Si estás bajo tratamiento antirretroviral (ARV), tienes derecho a recibirlo de manera gratuita y sin interrupciones por parte de los servicios públicos de salud.</p> <p>13. Tienes derecho a que en las instituciones de salud pública se te proporcione información clara, objetiva y científicamente fundada sobre el VIH o el sida, los tratamientos a los que puedes someterte, así como sus riesgos, consecuencias y alternativas.</p> <p>14. Tienes derecho a servicios de asistencia médica y social para mejorar tu calidad y tiempo de vida.</p> <p>17. Las niñas y los niños que viven con VIH o sida tienen derecho a servicios de salud, educación y asistencia social en igualdad de circunstancias.</p> <p>H. ¿Cómo califica la CNDH una violación a los derechos de las personas que viven con VIH o sida?</p> <p>Las principales acciones/omisiones que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos califica como violación a los derechos de las personas que viven con VIH o con sida, son las siguientes:</p> <p>La negación o limitación de la prestación de servicios médicos.</p> <p>La negación a la contratación o ingreso a alguna institución educativa o instalaciones oficiales.</p> <p>El trato discriminatorio, ofensivo o de rechazo por el solo hecho de vivir con el VIH o con sida.</p> <p>El sometimiento forzado o sin consentimiento informado a la prueba de anticuerpos al VIH.</p>
<p><b>Las mujeres, el VIH y los derechos humanos</b></p>	<p>Introducción</p> <p>A pesar de que la igualdad entre hombres y mujeres se encuentra protegida por nuestras leyes, en los hechos las mujeres enfrentan desventajas para el acceso y ejercicio de sus derechos.</p> <p>Derechos de las mujeres que viven con VIH o con sida</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El hombre y la mujer son iguales ante la ley.</li> <li>2. Está prohibido todo acto de discriminación hacia las mujeres que tenga como objeto atentar contra su dignidad y menoscabar sus legítimos derechos y libertades. Este derecho está garantizado en nuestra Constitución.</li> <li>3. Como cualquier otra persona, las mujeres que viven con VIH deben gozar, sin restricción, de los derechos humanos fundamentales.</li> <li>4. Las mujeres que viven con VIH no deben ser objeto de discriminación de ningún tipo.</li> <li>6. Toda mujer tiene derecho, si así lo desea, a practicarse la prueba; a recibir información científica, adecuada y suficiente; con respeto a su</li> </ol>

dignidad y a sus derechos humanos; a que los resultados de su prueba sean manejados de forma confidencial, y a que éstos se le entreguen de forma individual y por personal capacitado.

7. No deben informarse resultados positivos o negativos en listados de manejo público ni comunicar el resultado a otras personas sin la autorización expresa de quien se sometió a la prueba.

8. Si el resultado de su prueba fue positivo, tiene derecho a recibir servicio de consejería o apoyo emocional para favorecer su adaptación a la nueva situación.

9. Toda mujer con VIH tiene derecho a recibir servicios de atención integral y que éstos tengan entornos favorables que combatan el estigma y la discriminación, y que estén basados en los derechos humanos y la perspectiva de género.

12. A las mujeres que viven con VIH no se les deben, por esta razón, negar los servicios de salud, despedirlas del trabajo, expulsarlas de una escuela, desalojarlas de una vivienda o expulsarlas del país. Tampoco se les puede limitar el libre tránsito dentro del territorio nacional, la salida del país o el ingreso al mismo.

17. Si desean embarazarse, tienen derecho a que se les proporcione el tratamiento profiláctico que previene la transmisión vertical, por medio de medicamentos antirretrovirales durante la gestación, parto por cesárea y sustituir la leche materna por fórmula láctea por seis meses.

18. Tienen derecho a recibir atención médica y medicamentos para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo/a y a recibir sustitutos de leche materna durante los seis meses siguientes al parto en caso de tener un hijo/a.

21. Tienen derecho a buscar, recibir y difundir información veraz, objetiva, científica y actualizada sobre el VIH y sobre las mismas instituciones que brindan atención.

22. Tienen derecho a servicios de salud oportunos y de calidad idónea; atención personal cálida, profesional y éticamente responsable, así como a un trato respetuoso y al manejo correcto y confidencial de su historial médico, así como al acceso de un resumen del mismo.

23. Tienen derecho a tratamientos antirretrovirales, sin interrupción; terapéuticos para enfermedades oportunistas asociadas al VIH; pruebas periódicas de control (carga viral y conteo de CD4); a vacunación contra Hepatitis B, Sarampión, e Influenza A, entre otras, y a servicios médicos especializados, como el de ginecología, odontología y otros.

24. Tienen derecho a que en las instituciones de salud pública se les proporcione información clara, objetiva y científicamente fundada sobre el VIH, los tratamientos a los que pueden someterse, así como sus riesgos, consecuencias y alternativas.

25. Tienen derecho a servicios de atención médica y asistencia social para mejorar su calidad y tiempo de vida.

28. Las niñas que viven con VIH, así como los hijos e hijas de las mujeres con VIH, tienen derecho a servicios de salud, educación, cultura, esparcimiento y asistencia social en igualdad de circunstancias.

30. Los gobiernos están obligados a diseñar y aplicar políticas con perspectiva de género orientadas a disminuir las condiciones de vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH.

Glosario

	<p>Discriminación: Toda distinción, exclusión o restricción, que, basada, en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra; tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas.</p> <p>Estigma: Proceso social mediante el cual se señala a una persona o grupo, con base en prejuicios y supuestos respecto a la pertenencia de esa persona a un grupo o en relación a una característica inherente o no (por ejemplo: pertenecer a una etnia indígena, en el primer caso, o la orientación sexual, y/o vivir con VIH en el segundo). Casi siempre, el estigma lleva a tratar de forma negativa y diferenciada a la persona o grupo de personas que han sido señaladas o representadas negativamente por estos prejuicios.</p> <p>Género: Es el conjunto de valores, actitudes y expectativas de comportamiento que les son impuestas a las personas en función de su pertenencia a un sexo biológico. Así entendido, las diferencias y desigualdades políticas, económicas y culturales que en nuestra sociedad podemos observar entre hombres y mujeres no son producto de la naturaleza, sino de la cultura en que vivimos.</p> <p>Igualdad: Es la condición humana por la que todas las personas tienen los mismos derechos fundamentales.</p>
<p><b>El VIH/SIDA y los derechos humanos: Guía básica para educadores en derechos humanos</b></p>	<p>C. Características de los derechos humanos</p> <p>Los derechos humanos se caracterizan por ser:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Universales</li> <li>b) Incondicionales</li> </ol> <p>D. Clasificación de los derechos humanos</p> <p>Primera generación</p> <p>Segunda generación</p> <p>Tercera generación</p> <p>E. La vulnerabilidad como obstáculo para el respeto de los derechos humanos</p> <p>La vulnerabilidad es la condición de ciertas personas o grupos por la cual se encuentran en riesgo de sufrir violaciones a sus derechos humanos. La vulnerabilidad se puede deber a causas diversas, como la pertenencia a algún grupo étnico, o a condiciones como la de estar en reclusión, ser migrante, ser mujer, vivir con algún tipo de padecimiento, vivir con discapacidad, condiciones socioeconómicas como la pobreza, o poseer una característica socialmente no aceptada en el entorno específico. La vulnerabilidad coloca a quien la padece en una situación de desventaja en el ejercicio pleno de sus derechos y libertades.</p> <p><b>CAPÍTULO II. EL MARCO JURÍDICO DE LOS DERECHOS HUMANOS Y EL SIDA</b></p> <p>Las personas que viven con VIH o SIDA gozan de todos los derechos humanos. Sin embargo, debido a la vulnerabilidad a que socialmente son expuestas —por el estigma asociado a la infección por VIH en nuestra cultura— se hace necesario enfatizar una serie de derechos constitucionales así como varios compromisos internacionales de lucha contra el SIDA que amparan los derechos de las personas VIH</p>

positivas o que viven con SIDA.

B. El marco jurídico internacional

b) Principios y recomendaciones

- Mantener estrictamente el carácter confidencial de toda información personal obtenida de los pacientes.
- Respetar la dignidad y autonomía de los pacientes, y obtener el consentimiento informado antes de la administración de pruebas médicas, medicamentos u otros tratamientos o de su participación en proyectos de investigación.
- Tratar a todas las personas que soliciten su atención médica sin discriminación y sin prejuicios basados en el origen o en la naturaleza de la enfermedad.
- Apoyar iniciativas para reducir la vulnerabilidad de la mujer al VIH/SIDA.
- Garantizar la disponibilidad de medicamentos y tecnologías médicas utilizados para tratar pandemias como la del VIH/SIDA o las infecciones oportunistas más frecuentes que la acompañan.
- Promulgar leyes o adoptar otras medidas (...) para proteger el acceso a estos productos farmacéuticos o tecnologías médicas de prevención, cura o alivio.
- Promulgar, fortalecer o hacer cumplir leyes, reglamentos y otras medidas a fin de eliminar todas las formas de discriminación.
- Elaborar estrategias para combatir el estigma y la exclusión social asociados a la epidemia del VIH/SIDA.

CAPÍTULO III LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON VIH O SIDA

Cartilla de Derechos Humanos de las Personas que viven con VIH o SIDA

Si vives con VIH o SIDA, estos son tus derechos fundamentales:

- Como cualquier otra persona en México y el mundo, las personas que viven con VIH o SIDA deben gozar de los derechos humanos fundamentales.
- Vivir con VIH o SIDA no debe ser motivo de discriminación de ningún tipo.
- Vivir con VIH o SIDA no puede ser considerado como causal para la negación de servicios de salud, despido laboral, expulsión de una escuela, desalojo de una vivienda o expulsión del país. Tampoco se te puede limitar el libre tránsito dentro del territorio nacional, la salida del país o el ingreso al mismo.
- Vivir con SIDA o VIH no debe ser motivo de detención, aislamiento o segregación.
- Tienes derecho a buscar, recibir y difundir información veraz, objetiva, científica y actualizada sobre el VIH/SIDA.
- Tienes derecho a servicios de salud oportunos y de calidad idónea; atención personal cálida, profesional y éticamente responsable, así como a un trato respetuoso y un manejo correcto y confidencial de tu historial médico.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tienes derecho a que en las instituciones de salud pública se te proporcione información clara, objetiva y científicamente fundada sobre el VIH/SIDA, los tratamientos a los que puedes someterte, así como sus riesgos, consecuencias y alternativas.</li> <li>• Tienes derecho a servicios de asistencia médica y social para mejorar tu calidad y tiempo de vida.</li> <li>• Tienes derecho a conocer los procedimientos de las instituciones de salud para presentar una queja, reclamo o sugerencia, ante cualquier irregularidad o atropello de tus derechos y garantías individuales.</li> <li>• Las niñas y los niños que viven con VIH o SIDA tienen derecho a servicios de salud, educación y asistencia social en igualdad de circunstancias.</li> <li>• Tienes derecho a una muerte y servicios funerarios dignos.</li> </ul>
<p><b>Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 Programa Sectorial de Salud</b></p>	<p><b>Marco Normativo</b></p> <p>El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 establece entonces los objetivos —estrategias y líneas de acción— a los que deberán apegarse las diferentes instituciones de la Administración Pública Federal para materializar el derecho a la protección de la salud y los cuales deberán ser congruentes por un lado con las metas nacionales establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2013 - 2018 —México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global – y por el otro con las estrategias transversales— Democratizar la Productividad, Gobierno Cercano y Moderno, y Perspectiva de Género; estrategias que serán ejecutadas a través de los programas especiales, a saber, Programa Especial para Democratizar la Productividad; Programa para un Gobierno Cercano y Moderno; y Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra la Mujeres.</p> <p>II. Alineación a las metas nacionales</p> <p>México Incluyente</p> <p>México próspero</p> <p>III. Objetivos, estrategias y líneas de acción</p> <p><b>1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades</b></p> <p>El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece como eje prioritario para el mejoramiento de la salud la promoción, la prevención de las enfermedades y la protección de la salud, siempre con perspectiva de género, apegado a criterios éticos y respondiendo al mosaico multicultural que caracteriza al país. Una política pública exitosa de prevención, protección y promoción debe incorporar no sólo acciones propias de salud pública, sino también intervenciones que cambien el actuar de las personas, en términos de su responsabilidad respecto a comportamientos sexuales, actividad física, alimentación, consumo de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y en general en todas aquellas situaciones que ponen en riesgo la integridad física o mental. Este es un gran reto, pero en el país se debe transitar de ver la salud como cura de enfermedades a un concepto integral asociado a estilos de vida saludables.</p> <p><b>2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad</b></p>

...El Estado deberá instrumentar todas las herramientas a su alcance para que la población acceda a una atención integral con calidad técnica e interpersonal, sin importar su sexo, edad, lugar de residencia o condición laboral.

### **3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida**

### **4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país**

La atención de las personas que viven en condición de vulnerabilidad requiere además de las acciones de salud y de la asistencia social, la participación coordinada de los diferentes sectores y todos los órdenes de gobierno para lograr incidir en los determinantes sociales para reducir las inequidades en salud a través de políticas intersectoriales, como la Cruzada Nacional Contra el Hambre y el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

### **5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud**

### **6. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud**

...El Sistema Nacional de Salud Universal buscará mejorar la equidad y la eficiencia tanto en el propio sistema de salud como en los mercados laborales.

#### III.1 Estrategias Transversales

##### Perspectiva de Género

- Promover la transversalidad de la igualdad de género en estatutos, normas, procedimientos y plataformas políticas de los partidos.
- Eliminar el lenguaje sexista y excluyente en la comunicación gubernamental escrita y cotidiana.
- Promover el uso de lenguaje incluyente en los informes y documentos oficiales
- Difundir en la APF códigos de conducta en contra de la discriminación hacia las mujeres y en favor del lenguaje incluyente.
- Promover acciones afirmativas en los programas sectoriales, regionales, institucionales y especiales, acordes con el PROIGUALDAD

##### GLOSARIO

**Acceso efectivo a los servicios de salud:** Se refiere a la definición operativa de la cobertura universal en salud. Esto es, que un individuo que presenta una condición de salud y que identifique necesidad de atención, pueda acudir sin restricciones financieras, geográficas o de oportunidad a un servicio de salud con capacidad resolutive.

**Condición de vulnerabilidad:** Según la definición del CONEVAL:

**Vulnerables por carencias sociales.** Población que presenta una o más carencias sociales, pero cuyo ingreso es superior a la línea de bienestar. Las carencias sociales son: carencia por rezago educativo, carencia de acceso a los servicios de salud, carencia de acceso a la

	<p>seguridad social, carencia por la calidad y espacios de la vivienda, carencia por servicios básicos en la vivienda y carencia de acceso a la alimentación.</p> <p><b>Vulnerables por ingresos.</b> Población que no presenta carencias sociales y cuyo ingreso es inferior o igual a la línea de bienestar.</p> <p><b>Equidad:</b> Justicia en la asignación de recursos o tratamientos entre individuos o grupos. En políticas de salud, equidad usualmente se refiere al acceso universal a una atención a la salud razonable y una justa distribución de la carga financiera de la atención a la salud entre grupos de diferentes ingresos.</p> <p><b>Género:</b> Es el conjunto de atributos sociales que se le asignan a las personas según haya sido identificado como hombre o como mujer. Dichos atributos son socialmente construidos, por lo que cada cultura, según la época y el grupo social, le da un sentido diferente a lo que significa ser hombre y ser mujer.</p>
<p><b>Programa de Acción Específico, Respuesta al VIH, SIDA e ITS 2013-2018</b></p>	<p><b>1. Marco Conceptual</b></p> <p>En la respuesta nacional se establece como marco de acción las esferas de prevención, detección, atención integral y vigilancia (Figura 2); todas ellas consideran la interculturalidad, la diversidad sexual, perspectiva de género, los derechos humanos y la calidad, como ejes transversales en la provisión de servicios, incluyente de y aplicable a la población clave, como se muestra en la Figura 3.</p> <p><b>Diversidad sexual y derechos humanos</b></p> <p>El término diversidad sexual cuestiona la idea de que hay una única manera de practicar la sexualidad; al contrario, hace visible la existencia de muchas formas de expresarla y destaca que ninguna de ellas debe ser objeto o motivo de discriminación, mientras no se cometan delitos y se respete la integridad y los derechos de las personas. Las personas de la diversidad sexual incluyen lesbianas, homosexuales, bisexuales, travestis, transgénero, transexuales, e intersexuales y los hombres que tienen sexo con hombres.</p> <p>La discriminación por motivos de orientación sexual (preferencia sexual) o identidad de género, incluye toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en la orientación sexual o la identidad de género que tenga por objeto o por resultado la anulación o la disminución de la igualdad ante la ley o del reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales. Este tipo de discriminación generalmente se ve agravada por la discriminación basada en otras causas como el género, la raza, la edad, la religión, la discapacidad, el estado de salud y la condición económica.</p> <p>En marzo de 2011, ambas cámaras del Poder Legislativo Federal aprobaron la reforma Constitucional en la que se incluye el término de preferencias sexuales, expresamente en el artículo 1°</p> <p>Los derechos humanos son inherentes a todas las personas sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua o cualquier otra condición; de igual forma, son universales, interdependientes, indivisibles, inalienables y progresivos. Una sociedad democrática y diversa tiene que reconocer sus prejuicios para poder combatirlos a partir del reconocimiento de los derechos humanos de las personas, entre ellas las denominadas personas de la diversidad.</p> <p>... en México se debe respetar, garantizar, proteger, satisfacer y promover el derecho a la no discriminación dentro del territorio nacional</p>

y contribuir a su realización en el ámbito internacional para que todas las personas tengan la posibilidad de disfrutar y ejercer sus derechos humanos sin ningún tipo de discriminación.

### III. Diagnóstico

#### III.1 Antecedentes

... el estigma y la discriminación relacionada con el VIH persisten como grandes obstáculos para una respuesta eficaz al VIH en todas partes del mundo, encuestas nacionales han encontrado que un trato discriminatorio de las personas que viven con VIH sigue siendo común, incluyendo el acceso a servicios de salud.

Además, las desigualdades de género y las normas de género perjudiciales continúan contribuyendo a la situación de desigualdad relacionada con VIH.

#### III.4 Retos 2013 – 2018

##### **Retos en la respuesta efectiva**

...Entre los retos de todo el sector salud para los próximos años, está la detección y tratamiento oportunos del VIH, mejorar la retención de pacientes diagnosticados con VIH, la calidad de la atención y apego al tratamiento, incrementando la sobrevivencia y reduciendo la mortalidad por sida.<sup>64</sup> Las brechas más relevantes a superar se centran en:

Fortalecer la rectoría.

Cobertura de la población.

Situaciones de desigualdad.

Estigma y discriminación a la diversidad sexual.

Desarticulación de la atención integrada.

#### IV Alineación con las metas nacionales

##### IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

El PND 2013-2018,<sup>65</sup> es la base de la elaboración de este Programa para cumplimiento a los objetivos y metas establecidos en la presente Administración, y cuyo propósito aspira a llevar a México a su máximo potencial.

En la consecución de este propósito se enmarcan tres estrategias transversales en este Plan: I) Democratizar la productividad; II) Un gobierno cercano y moderno; y III) Perspectiva de género en todas las acciones.

Son cinco las metas nacionales de este plan como eje articulador de la política nacional: México en paz, México incluyente, México con educación de calidad, México próspero y México con responsabilidad global.

En la meta II, por un México incluyente, se pone especial énfasis en proveer una red de protección social que garantice el acceso al

derecho a la salud a toda la población mexicana y que evite que problemas inesperados de salud o movimientos de la economía, sean un factor determinante en su desarrollo.

En materia de salubridad, el objetivo 2.3, Asegurar el acceso a los servicios de salud, busca llevar a la práctica este derecho constitucional. Para ello, se propone fortalecer la rectoría de la SSA y promover la integración funcional a lo largo de todas las instituciones que la conforman. Asimismo, se plantea reforzar la regulación de los establecimientos de atención médica, aplicar estándares de calidad rigurosos, privilegiar el enfoque de prevención y promoción de una vida saludable, así como renovar la planeación y gestión de los recursos disponibles.

Los esfuerzos para lograr un sistema de seguridad social más incluyente también requieren de un uso eficiente de los recursos para garantizar la sustentabilidad de dicho sistema en el mediano y largo plazo. Lo anterior, considerando la dinámica poblacional y epidemiológica. En este sentido, se busca la corresponsabilidad con los usuarios y reorientar las labores de planeación y operación para obtener mejores márgenes financieros a lo largo de la cadena de atención del sistema.

#### **Cuadro 1. Alineación con el PND 2013-2018**

##### **IV.2 Alineación con el programa sectorial de salud 2013-2018**

El PROSESA 2013-2018,66 cuenta con seis objetivos sectoriales que abarcan todas las actividades planteadas en el PND 2013-2018, a saber:

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.
3. Reducir los riesgos sanitarios que afectan a la población en cualquier actividad de su vida.
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.
6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

##### **V. Organización del programa**

###### **V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción**

Objetivo 1. Disminuir los efectos del VIH e ITS mediante prevención focalizada, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno; así como el fortalecimiento de la rectoría.

Objetivo 2. Implementar estrategias de prevención combinada en poblaciones clave y en situación de desigualdad.

Objetivo 3. Brindar atención integral de calidad del VIH e ITS, con respeto a los derechos humanos y la diversidad sexual y cultural.

###### **V.2 Estrategias Transversales**

... el Programa tiene acciones relacionadas con las estrategias III. “Perspectiva de género”, dando cumplimiento principalmente a las líneas de acción:

- Diseñar, aplicar y promover políticas y servicios de apoyo a la familia, incluyendo servicios asequibles, accesibles y de calidad, para el cuidado de infantes y otros familiares que requieren atención.
- Evaluar los esquemas de atención de los programas sociales para determinar los mecanismos más efectivos que reduzcan las brechas de género, logrando una política social equitativa entre mujeres y hombres.

Con énfasis, se tomó en cuenta la perspectiva de género, acciones dirigidas a las mujeres con VIH, de manera focalizada a poblaciones prioritarias para atender la epidemia en el país.

Las acciones se proponen considerando a las mujeres, como aquellas personas con identidad sexo/genérica definida por sí mismas, como “mujer”; con ello, se incluye también a las mujeres de la población trans, así como a trabajadoras sexuales

VI. Indicadores y metas

VII. Matriz de corresponsabilidad

#### **Los prestadores de servicios, en materia de VIH y otras ITS**

Son competencia de los Servicios de Salud Estatales, IMSS, ISSSTE, Sedena, Pemex, Marina, Particulares y OSC, el alcance de las metas en materia de acceso y cobertura de las acciones de prevención y atención a la salud de VIH y otras ITS. En las matrices de corresponsabilidades se establecen las acciones, indicadores, objetivos y metas conjuntas para la atención a la población mexicana.

Glosario de Términos

**Acceso universal.** Máxima cobertura en servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH para todas las personas que los necesiten. Entre los principios básicos para que el acceso sea universal, se requiere que los servicios sean equitativos, accesibles, asequibles, integrales y sostenibles a largo plazo. Debido a que cada escenario suele tener distintas necesidades, los objetivos para el acceso universal se fijan a nivel nacional.

**Discriminación.** Hacer una distinción o aplicar una medida que tiene un impacto desproporcionado; dar un trato injusto basado en una categoría, por ejemplo: el sexo de una persona, su orientación sexual, raza, edad, nacionalidad, religión o cualquier otra distinción real o supuesta.

**Diversidad sexual.** Todas las posibilidades de asumir y vivir la sexualidad ---distinta en cada cultura y persona---, la práctica, la orientación y la identidad sexo genéricas. Suele referirse a prácticas o identidades no heterosexuales.

Es el reconocimiento de que todos los cuerpos, todas las sensaciones y todos los deseos tienen derecho a existir y manifestarse sin más límite que el respeto a los derechos de los otros.

**Estigma.** Marca que hace parecer a una persona como inferior al resto y que produce rechazo social. Se alimenta de percepciones sin

fundamento lógico-racional. En la actualidad el estigma prevalece y se basa en uno o más factores como la edad, la clase, el grupo étnico, las creencias religiosas, la preferencia sexual, las prácticas sexuales, entre otros.

**Género.** Conjunto de ideas, creencias y representaciones sociales de la diferencia sexual entre hombres y mujeres. Establece relaciones desiguales de poder y un orden jerárquico donde lo masculino (ser hombre) es superior frente a lo femenino (ser mujer). Además, alude a las formas históricas y socioculturales en que mujeres y hombres construyen su identidad, interactúan y organizan su participación en la sociedad.

**Identidad de género.** Manera en que cada persona experimenta su pertenencia a un género (masculino o femenino). Como se trata de un registro de la experiencia de vida, intervienen en él códigos sociales y culturales, y también influyen en él el momento histórico y el lugar en que la persona se desarrolla.

**Identidad sexo genérica.** Concepto y sentimientos que se tiene de uno mismo como ser sexual. Cada persona la define de acuerdo con su estilo de vida, sus prácticas y deseos sexuales, su adscripción de género, su preferencia sexual, actitudes y manifestaciones de comportamiento.

**Igualdad.** Principio básico de los derechos humanos que supone la existencia de prerrogativas inherentes a la persona. Más allá de las diferencias innegables entre los seres humanos ---por rasgos físicos, capacidad intelectual, clase social, nivel educativo---, la cualidad de disfrutar derechos básicos los iguala como personas.

**Orientación sexual.** Deseo o atracción erótico-afectivos hacia otras personas. Existe a lo largo del continuo que va desde la heterosexualidad exclusiva hasta la homosexualidad exclusiva e incluye diversas formas de bisexualidad. Puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos y fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos.

**Perspectiva de género.** Forma de reconocer que tanto las mujeres como los hombres son actores dentro de una sociedad, que están limitados de formas diferentes, y a menudo desiguales, y que, en consecuencia, pueden tener percepciones, necesidades, intereses y prioridades diferentes, y a veces enfrentados.

**Prejuicio.** Nociones que sin estar respaldadas en una experiencia directa o información comprobable orientan de manera negativa la percepción sobre una persona o un grupo

**Sexo.** Conjunto de diferencias biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos que los definen como hombres o mujeres. Esto incluye la diversidad evidente de los órganos genitales externos e internos (primarios y secundarios) y las diferencias relativas a la función de procreación.

**Sexismo.** Valoración asimétrica entre ser hombre o mujer, o entre lo masculino y lo femenino; generalmente se traduce en prácticas discriminatorias hacia un sexo (casi siempre las mujeres) por considerarse inferior al otro.

**Transgénero.** Condición humana por la que una persona tiene cualidades y comportamientos de género (el ser masculina o femenina) que no coinciden con su sexo de acuerdo con los patrones sociales y culturales, por lo que se identifica o adopta los del género opuesto.

El uso del atuendo del género opuesto es la conducta más ostensible de la transgeneridad.

**Transexual.** Condición humana por la que una persona, habiendo nacido con un sexo biológico determinado, tiene una identidad de género (sexo psicológico) distinta a la que le “corresponde”. La condición de ser transexual no depende de si se realiza o no la reasignación sexo-genérica.

**Travesti.** Es un comportamiento en la que una persona de un determinado sexo biológico expresa a través de la vestimenta, principalmente, un rol de género socialmente asignado al sexo opuesto, independiente de la preferencia u orientación sexual. La persona no siente la necesidad de ir más allá de esta expresión; es decir, se siente conforme con su sexo de nacimiento y no busca someterse a terapia hormonal alguna o a una reasignación sexo-genérica.

**Vulnerabilidad.** Se hace referencia a la desigualdad de oportunidades, la exclusión social, el desempleo o el empleo precario, así como a otros factores sociales, culturales, políticos o económicos que hacen que una persona sea más vulnerable frente a la infección por el VIH y que pueda desarrollar el sida.

#### **Anexo 1. Marco Internacional de la lucha contra el VIH y el sida.**

Recientemente se reiteraron los compromisos internacionales adoptados por el país en la Declaración política sobre VIH y sida (2011): intensificando nuestros esfuerzos para eliminar el VIH y sida; aprobada por los países miembros en la reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas, documento que se fundamenta en la Declaración de compromisos sobre el VIH y el sida (2001) y en la Declaración política sobre VIH y sida (2006).

La ratificación de la declaración política contempla siete objetivos, a saber:

1. Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales del VIH para 2015.
2. Reducir en 50% el número de transmisiones del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para 2015.
3. Eliminar la transmisión materno-infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el sida.
4. Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretroviral para 2015.
5. Reducir al 50% el número de muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH para el 2015.
6. Alcanzar un nivel significativo de inversiones por año a nivel mundial (22,000–24,000 millones de dólares estadounidenses) en los países de ingresos bajos y medios.
7. Facilitadores y sinergias esenciales con los sectores de desarrollo.

#### **Compromisos internacionales**

Prevención y atención del VIH y sida e ITS en mujeres

Prevención y atención del VIH y sida en la población infante

**Manual para  
operación del  
Programa de Acceso  
a los  
Antirretrovirales en  
Unidades de la  
Secretaría de Salud**

**Objetivos**

- ☑ Proporcionar los lineamientos al personal de salud sobre la operación del Programa de Acceso a los Antirretrovirales, además del proceso de atención a las personas que viven con el VIH.
- ☑ Facilitar el proceso de implementación del acceso gratuito a medicamentos antirretrovirales a toda persona que viva con el VIH que requiera de terapia con estos medicamentos y que carezca de seguridad social en el territorio mexicano.
- ☑ Establecer los mecanismos de planeación, programación, adquisición, suministro, prescripción y control para los medicamentos antirretrovirales proporcionados a través de la Secretaría de Salud.

**Principios**

Este Manual se rige por los siguientes principios:

- ☑ El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018:

Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.

Objetivo 2.4. Ampliar el acceso a la seguridad social.

**Marco legal**

**Políticas**

2. La prescripción de los antirretrovirales y control de las personas con VIH sin acceso a regímenes de seguridad social en todo el territorio nacional, debe realizarse conforme a lo que establece la Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH y Lineamientos para el uso de Recursos Públicos en su Aplicación vigente.
3. Los Servicios de Atención Integral (SAI) o los Centros Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) estatales serán los encargados de la atención integral de las personas con VIH y la entrega de medicamentos ARV. Su operación se regirá bajo las condiciones que establece el Convenio Específico para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas, para la utilización de los antirretrovirales y las pruebas de laboratorio de carga viral, linfocitos CD4 y genotipo.
5. El abasto de medicamentos por CENSIDA se realizará en estricto apego al Registro Nominal de personas con VIH que estén en control en los SAI o en los CAPASITS y que estén registrados en el Sistema de Administración Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR).
6. Los SAI y los CAPASITS deberán proporcionar los ARV en forma gratuita. El acceso de las personas con VIH a tratamiento antirretroviral y pruebas de laboratorio de carga viral linfocitos CD4 y genotipo, se hará de conformidad a lo que establece la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

**Proceso de Adquisición y Distribución de ARV**

En el proceso de adquisición y distribución de los medicamentos intervienen, tanto instancias de nivel federal, como estatal.

Nivel federal

Nivel estatal

**Procedimiento para integración de personas y asignación de recursos para tratamiento ARV.**

**Procedimiento para el inicio de tratamiento con fármacos antirretrovirales. Integración del expediente clínico.**

Requisitos que deben cumplir todos los expedientes clínicos de las personas bajo tratamiento con fármacos antirretrovirales

Al inicio de la prescripción, deberán registrarse los siguientes datos

☑ Fecha de diagnóstico serológico de la infección por VIH.

☑ Adherencia en su caso

☑ Toxicidad en su caso

☑ Programa de seguimiento y responsable del mismo

Visitas de seguimiento

Requisitos que debe incluir la nota de referencia

**Lineamientos generales para la adquisición, distribución, recepción y entrega de los fármacos antirretrovirales.**

**Centros de atención de VIH (CAPASITS y SAIS)**

Deben tener en común las siguientes áreas...

Recursos Humanos

Funciones del personal adscrito a los centros de atención de VIH/ITS

Las funciones específicas del director del Centro...

Médico tratante del Centro...

Técnico(a) de enfermería del Centro...

Psicólogo/a y Trabajador/a social...

Técnico(a) de farmacia...

Técnico(a) de archivo...

Técnico(a) de informática...

Técnico(a) de laboratorio...

Personal de vigilancia, de limpieza personal, y de mantenimiento...

Los Centros de atención deben reunir características específicas de infraestructura física que permitan la adecuada atención de las

	personas con VIH/ITS.
<b>Manual de procedimientos del centro ambulatorio para la prevención y atención del SIDA e infecciones de transmisión sexual (CAPASITS)</b>	<p>II.OBJETIVO DEL MANUAL</p> <p>Establecer las políticas y normatividad que permitan la operación óptima del Centro para la Prevención y Atención Ambulatoria del VIH/sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) mediante la estandarización de su funcionamiento y la homogeneización de los procedimientos para la atención de los usuarios, de tal manera que impacte en la calidad y mejora de los servicios proporcionados.</p> <p>1-PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PRIMERA VEZ</p> <p>3.0 Políticas de operación normas y lineamientos</p> <p>3.4. Los CAPASITS son los responsables de proporcionar atención médica a la población que así lo requiera, con la sola restricción de la falta del recursos humanos (médicos o enfermeras) o equipo médico, lo cual debe ser comprobable.</p> <p>3.5. Los CAPASITS proporcionarán atención médica a la población con total apego a los estándares de calidad que se señalen en las Normas Oficiales Mexicanas de salud aplicables.</p> <p>3.7. El personal de salud y administrativo deberá atender a los usuarios siguiendo el Código de Ética específicamente para este tipo de pacientes.</p> <p>3.9. Es responsabilidad del personal de los CAPASITS mantener actualizado el registro de pacientes seropositivos en control médico y de los casos que requieren tratamiento antirretroviral en el SALVAR.</p> <p>3.10. Es facultad de los CAPASITS, la entrega de medicamentos antirretrovirales de forma gratuita a los pacientes en control.</p> <p>4. Descripción del procedimiento</p> <p>2-PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA SUBSECUENTE</p> <p>3.0 Políticas de operación normas y lineamientos</p> <p>3.19. Es responsabilidad del CAPASITS mantener actualizado el Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales para mantener el abasto continuo de antirretrovirales.</p> <p>3.20. Es responsabilidad del CAPASITS notificar a la jurisdicción la inasistencia de pacientes.</p> <p>4. Descripción del procedimiento</p> <p>3. PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES QUE REQUIEREN DE HOSPITALIZACIÓN, CONSULTA ESPECIALIZADA, MEDICINA PREVENTIVA Y APOYO DIAGNÓSTICO.</p> <p>3.0 Políticas de operación normas y lineamientos</p> <p>3.1.1. Los CAPASITS podrán hacer la referencia de pacientes cuando se demuestre una de las siguientes causas: 1) Falta de la especialidad médica requerida. 2). Necesidad de hospitalización del paciente. 3). Estudios de laboratorio. 4). Necesidad de apoyo</p>

	<p>diagnóstico. 5) Aplicación de vacunas.</p> <p>3.13. Para la referencia de pacientes será indispensable contar con la autorización del responsable del servicio del hospital de apoyo y responsable del CAPASITS.</p> <p>3.11. El traslado del paciente al hospital de apoyo será cuenta del paciente.</p> <p>4. Descripción del procedimiento</p> <p>4. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE MUESTRAS PARA ESTUDIOS DE LABORATORIO.</p> <p>3.0 Políticas de operación normas y lineamientos</p> <p>3.17. Los CAPASITS son los responsables de la toma de muestras para estudios de laboratorio a la población que así lo requiera, con la sola restricción de la falta de recursos humanos (médicos o enfermeras), equipo o instrumental necesario para la adecuada realización de la actividad, lo cual debe ser comprobable.</p> <p>3.18. Los CAPASITS realizarán la toma de muestras para estudios de laboratorio a la población, con total apego a lo señalado en las Normas Oficiales Mexicanas aplicables</p> <p>3.21. Es responsabilidad del personal de los CAPASITS, notificar y dar seguimiento a los usuarios cuyos resultados de laboratorio resulten positivos a la detección de VIH/SIDA y de las infecciones de transmisión sexual.</p> <p>4. Descripción del procedimiento</p>
<p><b>Manual de organización específico del centro ambulatorio para la prevención y atención del SIDA e infecciones de transmisión sexual (CAPASITS)</b></p>	<p>I. INTRODUCCIÓN</p> <p>Su creación se da como respuesta a la necesidad de garantizar un trato adecuado, abatir las desigualdades en la atención médica y mejorar las condiciones de salud de las personas que viven con VIH/SIDA como parte de los objetivos del Programa Nacional de Salud 2001-2006. De esta forma, el CAPASITS contribuye a hacer operativos los planteamientos para la atención integral de las personas que viven con VIH/SIDA, incluida como estrategia en el Plan de Acción del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS 2001-2006</p> <p>II. OBJETIVO DEL MANUAL</p> <p>Definir la estructura orgánica del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), así como los objetivos, funciones y relaciones entre los puestos, de tal manera que se explique su jerarquía, autoridad y responsabilidad, vías de comunicación y coordinación con el fin de evitar duplicidades o dispersión de esfuerzos y finalmente se logre el aprovechamiento de los recursos y se cumplan las funciones encomendadas.</p> <p>III. ANTECEDENTES HISTÓRICOS</p> <p>Los CAPASIT'S se constituyen como la unidad operativa de las políticas públicas, programas de prevención, atención médica, promoción social, ejecución de recursos y de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA e ITS en el país, que ofrece promoción de salud sexual, mejora el acceso a los servicios ofreciendo atención integral a las personas que viven con el VIH/SIDA e ITS, que incluyen aspectos psicológicos,</p>

	<p>sociales, culturales y étnicos.</p> <p>V. ATRIBUCIONES</p> <p>Corresponde a los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención DEL SIDA E INFECCIONES de Transmisión Sexual...</p> <p>VI. MISIÓN Y VISIÓN</p> <p>MISIÓN</p> <p>Proporcionar atención médica integral especializada, de calidad, con criterios de igualdad y respeto; sin discriminación ni estigmatización, tendiente a prevenir y controlar la infección por VIH/SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual en la población no derechohabiente y grupos vulnerables.</p> <p>IX. DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES</p> <p>Responsable Estatal del Programa para la Prevención y el Control del VIH/SIDA e ITS.</p> <p>Responsable Jurisdiccional del Programa para la Prevención y el Control del VIH/SIDA e ITS.</p> <p>Responsable del CAPASITS</p> <p>Área de atención médica</p> <p>Área de Enfermería</p> <p>Área de Psicología</p> <p>Área de Trabajo Social</p> <p>Laboratorio clínico.</p> <p>Farmacia</p> <p>Apoyo administrativo</p> <p>Apoyo Secretarial.</p>
<p><b>10 recomendaciones para el uso no sexista del lenguaje</b></p>	<p>Según la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (Lfed), ésta se define como “toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas”</p> <p>Como principio jurídico, el derecho a la no discriminación fue reconocido por las Naciones Unidas como una condición indispensable para la protección de los derechos humanos en 1948.<sup>1</sup></p> <p>Entre las formas de discriminación, el sexismo es una de las más extendidas y frecuentes en el mundo. Consiste en el trato desigual y en la segregación de las personas de un sexo por considerarlas inferiores a las del otro. Con base en la diferencia sexual, las mujeres</p>

históricamente han sido y son discriminadas

Eliminar el sexismo en el lenguaje persigue dos objetivos: visibilizar a las mujeres y la diversidad social, y equilibrar las asimetrías de género. El primero implica evitar expresiones sexistas que denotan desprecio, subordinación o ridiculización de las mujeres, y reafirmar su construcción como personas activas, independientes, conscientes de sus deberes y derechos en las esferas pública y privada. El segundo corresponde a la función modeladora del lenguaje, que incide en los esquemas de percepción de la realidad, y con ello pretende contribuir a forjar una sociedad que reconozca e integre la diversidad, la igualdad y la equidad de género.

i. uso del genérico universal

Existen diferentes opciones que se pueden utilizar para hablar o referirse a colectivos, grupos o plurales formados por mujeres y hombres sin incurrir en un uso sexista o discriminatorio.

ii. uso de abstractos

Otro error muy común en el uso sexista del lenguaje es hacer referencia a los cargos como si todas las personas que los ocupan fueran hombres, invisibilizando a las mujeres.

iii. uso de artículos y Pronombres

Los artículos se pueden utilizar para enunciar la diferenciación de género sin repetir el sustantivo.

Otro uso no sexista del lenguaje lo podemos realizar al sustituir el genérico masculino por los pronombres “nos”, “nuestro”, “nuestra”, “nuestros” o “nuestras”

Una alternativa para evitar las generalizaciones en masculino es utilizar la tercera persona del singular (véase primer ejemplo), o bien recurrir a formas impersonales, empleando el verbo en voz pasiva refleja, es decir, con el verbo conjugado en tercera persona, precedido de la palabra se

iv. el uso de diagonales y Paréntesis en los vocativos

Cuando se desconozca si el mensaje será recibido por un hombre o una mujer use las diagonales o el paréntesis en los vocativos

v. uso de títulos académicos y ocupaciones

Un error generalizado es mencionar los títulos académicos y las ocupaciones en masculino. Evite el uso del masculino cuando se refieran a las mujeres.

También hay que evitar el uso exclusivo del género gramatical femenino para las profesiones tradicionalmente asociadas con las mujeres.

vi. uso de las formas de cortesía

En consecuencia, para evitar la preservación de las desigualdades y asimetrías entre mujeres y hombres en las formas de cortesía, se sugiere utilizar el término “señora” sin distinción de edad o estado civil, a manera de un vocablo de respeto para todas las mujeres,

cuando el contexto de las formas de cortesía lo permita y tal como se hace en otros países. Asimismo, al referirse a una mujer casada, no debe utilizarse el apellido de su cónyuge ni usarse la preposición “de”.

vii. uso de la arroba

No utilice la arroba –@– para designar de manera indistinta a hombres y/o mujeres; no es un signo lingüístico y en términos de un lenguaje incluyente nuestro idioma es rico en vocablos para recrear la igualdad y equidad entre las personas.

viii. significados sexistas

El sexismo en el léxico se produce específicamente cuando se utilizan palabras cuyos significados califican los atributos físicos y morales según se trate de mujeres u hombres, reforzando estereotipos de género.

De igual manera, el lenguaje sexista discrimina a los grupos que no cumplen con los atributos asignados al hombre como representación de la humanidad, tales como grupos étnicos, personas con preferencia sexual distinta a la heterosexual, personas que viven con VIH/SIDA, adultos mayores, migrantes, grupos religiosos y personas con discapacidad.

Es importante erradicar los términos peyorativos que se usan en el lenguaje común para estigmatizar a estos grupos, refiriéndolos con el respeto que merecen.

ix. uso de imágenes no sexistas

x. lenguaje gestual

Es necesario tomar conciencia y reflexionar sobre el uso del repertorio gestual al momento de transmitir nuestras ideas y opiniones en la interacción social cotidiana.