

Los Documentos de Trabajo del CONAPRED representan un medio para difundir los avances de la labor de investigación en estudios y para recibir comentarios sobre su posible publicación futura. Se agradecerá que éstos se hagan llegar directamente a la Dirección General Adjunta de Estudios, Legislación y Políticas Públicas del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Dante 14, séptimo piso, Col. Anzures, Del. Miguel Hidalgo, CP 11590, México, D.F., TEL. 52 03 36 49; o a la dirección de correo: dceron@conapred.org.mx. Producción a cargo de las y los autores, por lo que tanto el contenido como la redacción son responsabilidad suya.

Este documento fue realizado por el Ph. C. Mauricio Padrón Innamorato y el Lic. Horacio Hernández Avilés, a solicitud de la Dirección General Adjunta de Estudios, Legislación y Políticas Públicas, del CONAPRED.



Dirección General Adjunta de Estudios, Legislación  
y Políticas Públicas  
Documento de Trabajo No. E-05-2006

---

**“ANÁLISIS DE LA ENCUESTA EN LOS SERVICIOS DE  
SALUD SOBRE LA REDUCCIÓN DEL ESTIGMA Y LA  
DISCRIMINACIÓN RELACIONADA AL VIH-SIDA EN  
MÉXICO”**

Diciembre de 2006

© Derechos Reservados 2007  
COLECCIÓN ESTUDIOS 2006  
Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación

Dante Núm. 14, Col Anzures.  
Del. Miguel Hidalgo.  
CP 11590, México, D.F.

Se permite la reproducción total o parcial del material incluido en esta obra bajo autorización de la institución y siempre que se cite la fuente completa.

**Directorio del CONAPRED**

Gilberto Rincón Gallardo y Meltis  
Presidente

José López Villegas  
Director General Adjunto de Estudios, Legislación y Políticas Públicas

José Luis Gutiérrez Espíndola  
Director General Adjunto de Vinculación, Programas Educativos y Divulgación

Vilma Ramírez Santiago  
Directora General Adjunta de Quejas y Reclamaciones

María José Morales García  
Directora de Coordinación Territorial e Interinstitucional

José Luis Páez Caballero  
Director de Administración y Finanzas

**Programa de Estudios 2006**

José López Villegas  
Director General

Alexandro Escudero Nahón  
Director de Programa

Diana Paola Cerón Ruiz  
Coordinadora académica

Lillian Valerie Alvarez Melo  
Coordinadora administrativa

Diana Paola Cerón Ruiz  
Lillian Valerie Alvarez Melo  
Editoras de sección



## **SÍNTESIS**

A partir de la iniciativa planteada por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), a través del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONPARED), se realizó la presente investigación que complementa y fortalece el trabajo realizado a partir de la Encuesta en los Servicios de Salud en el marco del proyecto para Reducir el Estigma y la Discriminación relacionada al VIH/SIDA en México. En la presente investigación se realiza un análisis y evaluación del cuestionario elaborado para el levantamiento de la Encuesta en los Servicios de Salud sobre la Reducción del Estigma y la Discriminación relacionada al VIH/SIDA en México (REDVIH/SIDA\_0), lo cual permitió la construcción de una serie de indicadores capaces de medir de manera clara, precisa y fácil la discriminación asociada al estigma de los pacientes con VIH/SIDA en las instituciones de salud mexicanas. Así, a partir del proceso realizado, se logró elaborar un instrumento alternativo más adecuado en términos metodológicos y de contenidos que permitirá analizar los resultados con base en la teoría sobre estigma y discriminación. De acuerdo a lo anterior, y junto con el análisis estadístico y teórico desarrollado, el diseño de indicadores como el que aquí se propone permite una aproximación a la medición de la discriminación, pero sobre todo promueve nuevas estrategias analíticas y conceptuales para abordar este problema tan persistente en el entorno de los servicios de salud.

## **SEMBLANZA CURRICULAR DE LOS INVESTIGADORES**

### **ENRIQUE MAURICIO PADRÓN INNAMORATO**

[mauriciopadron@gmail.com](mailto:mauriciopadron@gmail.com) ó [mpadron@correo.unam.mx](mailto:mpadron@correo.unam.mx)

Es Licenciado en Trabajo Social, egresado de la Universidad de la República (Montevideo, Uruguay), cursó la Especialidad en Trabajo Social en el Sector Salud en la Universidad Nacional Autónoma de México (México), además tiene el grado de Maestro en Población por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO, (México) y actualmente es Candidato a Doctor en Estudios de Población por El Colegio de México (México) por lo cual se encuentra en el proceso de elaboración de su Tesis Doctoral.

Desde Noviembre de 2004 colabora con el Área de Investigación Aplicada y Opinión del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México como investigador asociado, lo que le ha permitido participar en investigaciones diversas tales como el análisis de las *Tendencias globales y nacionales sobre la discriminación: un análisis prospectivo*, *La naturaleza del compromiso cívico: capital social y cultura política en México*, en la *Encuesta nacional de prácticas y consumo cultural*, en la encuesta sobre *Ciudadanos y cultura de la democracia en México* y en la investigación sobre la *Participación ciudadana y comités vecinales en el Distrito Federal*, entre muchas otras.

Anteriormente trabajó en la Unidad de Estudios sobre la Opinión, Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México como Asistente de Investigación, colaboró con el Área de Investigación Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República, participó en la Evaluación del Programa de Alimentación Escolar del Programa de Inversión Social (PRIS-CEPAL-ANEP), fue becario de Trabajo Social en el Centro Comunal Zonal N° 3 de la Intendencia Municipal de Montevideo y participó en el Censo de Centros de Educación Inicial realizado por la Cooperación Técnica OPP/BID.

Se ha desempeñado como docente, impartiendo cursos teóricos y prácticos de estadística en diversos programas de posgrado, como es el caso de la Maestría en Población de la Facultad

Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede Académica de México, la Maestría en Demografía de El Colegio de México (México), así como de la Maestría en Demografía de el Colegio de la Frontera Norte en Tijuana, México.

**HORACIO HERNÁNDEZ AVILÉS**

[horas100@hotmail.com](mailto:horas100@hotmail.com) o [horas100@yahoo.com](mailto:horas100@yahoo.com)

Es Licenciado en Mercadotecnia, egresado de la Facultad de Mercadotecnia de la Universidad Autónoma de Coahuila, actualmente cursa la Maestría en Antropología Social en la Escuela Nacional de Antropología e Historia.

Desde Noviembre de 2004 colabora con el Área de Investigación Aplicada y Opinión del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México como asistente de investigación, colaborando en investigaciones diversas tales como el análisis de las *Tendencias globales y nacionales sobre la discriminación: un análisis prospectivo*, *La naturaleza del compromiso cívico: capital social y cultura política en México*, en la *Encuesta nacional de prácticas y consumo cultural*, en la encuesta sobre *Ciudadanos y cultura de la democracia en México* y en la investigación sobre la *Participación ciudadana y comités vecinales en el Distrito Federal*, entre muchas otras. Anteriormente trabajó en la Unidad de Estudios sobre la Opinión, Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México como Asistente de Investigación

## **Índice General**

	Página
I. Introducción	9
II. Objetivos de la Encuesta REDVIH/SIDA_0	12
III. Apuntes generales para la construcción de los indicadores a partir de la Encuesta REDVIH/SIDA_0	14
IV. Principales resultados surgidos de la Encuesta REDVIH/SIDA_0	17
V. Análisis general del cuestionario a partir de la base de datos de la Encuesta REDVIH/SIDA_0	21
VI. Análisis estadístico de los indicadores sobre estigma y discriminación elaborados a partir de la Encuesta REDVIH/SIDA_0	27
VII. Algunas consideraciones antes de continuar	59
VIII. Aportes teóricos sobre VIH/SIDA, estigma y discriminación	60
VIII.1. Contexto general para el análisis del estigma y la discriminación relacionado con el VIH/SIDA	60
VIII.2. Acceso a la salud de pacientes con VIH/SIDA: nuevas perspectivas analíticas desde la estigmatización y la discriminación. Hacia la construcción de indicadores	63
VIII.2.1. El marco general de la opresión social de los grupos subordinados	63
VIII.2.2. El círculo vicioso del estigma y la discriminación	69
VIII.2.3. ¿Qué tienen que medir los indicadores asociados con el estigma y la discriminación a pacientes con VIH/SIDA?	73
IX. Propuesta teórica para la construcción de indicadores	78
X. Nota metodológica para el calculo de indicadores y definición de variables	81
XI. Consideraciones finales	87
XII. Glosario de términos	91
XIII. Bibliografía	102

## **Anexos**

Anexo 1. Cuestionario REDVIH/SIDA\_1

Anexo 2. Tablas Cruzadas





## **“Análisis de la encuesta en los servicios de salud sobre la reducción del estigma y la discriminación relacionada al VIH/SIDA en México”**

*“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” (Naciones Unidas, 2001)<sup>1</sup>*

### **I. Introducción**

En un documento del Population Council (2001)<sup>2</sup> se concluía que “es relativamente pequeño el número de intervenciones para reducir el estigma del SIDA realizadas (o, al menos evaluadas con rigor, documentadas y publicadas) en los países en desarrollo”.

Lo anterior, junto con la iniciativa planteada por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), a través del CONAPRED, se vuelven muy buenos argumentos para el desarrollo del presente trabajo, que como se verá más adelante viene a complementar, y si se quiere, a fortalecer, la investigación realizada a partir de la Encuesta en los Servicios de Salud en el marco del proyecto para Reducir el Estigma y la Discriminación relacionada al VIH/SIDA en México.

De acuerdo a lo dicho, se plantea un análisis y evaluación del cuestionario elaborado para el levantamiento de la Encuesta en los Servicios de Salud sobre la

---

<sup>1</sup> Naciones Unidas (2001) “Declaración de compromiso de las Naciones Unidas en la lucha contra el VIH/SIDA. Crisis mundial – Acción mundial”, Naciones Unidas A/RES/S-26/2, Asamblea General, Distr. general, 2 de agosto de 2001, Vigésimo sexto período extraordinario de sesiones, Tema 8 del programa.

<sup>2</sup> Brown, Lisanne *et al* (2001), “Interventions to Reduce HIV/AIDS Stigma: What Have We Learned?” Horizons Program, Tulane School of Public Health and Tropical Medicine, New Orleans, Louisiana.

Reducción del Estigma y la Discriminación relacionada al VIH/SIDA en México (que a partir de ahora se denominará Encuesta REDVIH/SIDA\_0), lo cuál permitirá trabajar en la construcción de una serie de indicadores capaces de medir de manera clara, precisa y fácil la discriminación asociada al estigma de los pacientes con VIH/SIDA en las instituciones de salud mexicanas. Indicador que tendrá la cualidad de ser medido por los propios trabajadores de las instituciones de una manera rápida y fácil, además de permitir la periodicidad y la eficacia de la medición.

Teniendo en cuenta el interés central de la investigación que se mencionó anteriormente, se plantean como objetivos específicos los siguientes:

- Realizar un análisis estadístico para evaluar la consistencia del cuestionario actual.
- Analizar de manera general los datos surgidos de la encuesta actual.
- Realizar un análisis estadístico para evaluar la consistencia interna del cuestionario actual.
- Presentar las variables que tendrá que contener el indicador, así como la propuesta y la metodología para su construcción y análisis.
- Propuesta de cuestionario para futuros levantamientos con base en la teoría sobre estigma y discriminación.
- Especificar las variables que tendrá que contener el indicador propuesta y la metodología para su construcción y análisis.

Entonces, una vez realizado lo anterior, y de acuerdo a los resultados surgidos del análisis, se procederá a elaborar un instrumento alternativo que se oriente a cumplir los objetivos que el estudio persigue, pero que sea más adecuado en términos metodológicos y de contenidos. Además, de que la propuesta de cuestionario para futuros levantamientos se desarrollará con base en la teoría sobre estigma y discriminación.

Así, el presente informe se organiza de la siguiente manera, en un primer apartado se presentan de manera somera los objetivos que guiaron el estudio realizado a partir de la Encuesta REDVIH/SIDA\_0, luego se presentan los indicadores que la Encuesta midió y se describe en términos generales el sustento teórico que dan base, tanto a los reactivos incluidos en el instrumento, como a las medidas resumen que surgen de éste.

El tercer apartado muestra los resultados generales surgidos del levantamiento de la Encuesta y reportados en el informe de la misma, que se complementan con el siguiente punto, donde se presentan una serie de datos descriptivos obtenidos de las tablas elaboradas, específicamente para este trabajo, a partir del trabajo con la base de datos y que permiten observar si las respuestas a las preguntas incluidas en el cuestionario original están siendo discriminadas por una serie de variables básicas.

En el quinto punto, se presenta el análisis estadístico de los reactivos incluidos en el cuestionario original, que permite en términos generales, evaluar si las preguntas y sus opciones de respuestas son las más adecuadas para la construcción de los indicadores de interés, y en su caso posibilita delinear cuáles serían las mejores opciones o alternativas.

Después de esto, en el apartado seis, se realiza una aproximación teórica de los conceptos de estigma y discriminación, y desde este abordaje se delinear los indicadores que se deber tomar en cuenta a la hora de medir empíricamente el estigma y la discriminación específicamente de las personas que viven con VIH/SIDA. Esta aproximación, junto con los resultados surgidos del análisis de la Encuesta REDVIH/SIDA\_0, permite la presentación en el siguiente apartado, de las preguntas que se tendrán que incluir para la construcción de los indicadores. Como se mencionó, alguno de estos reactivos se recuperan de la encuesta original, otros serán modificados y otros serán propuestas nuevas elaboradas a partir del análisis realizado a lo largo de este trabajo.

Por último, en el séptimo apartado, se presentará el nuevo instrumento que debería ser utilizado para medir estigma y discriminación hacia las personas que viven con VIH/SIDA, y que en definitiva, sustituirá en futuros estudios al cuestionario ya aplicado y que sirvió de base a este estudio.

## **II. Objetivos de la Encuesta REDVIH/SIDA\_0<sup>3</sup>**

La encuesta REDVIH/SIDA\_0 objeto de análisis de este trabajo tuvo como propósito principal incrementar el conocimiento de los procesos que conforman las barreras en el acceso y en el uso de los servicios de salud y que se relacionan con la estigmatización y discriminación relacionada con el VIH/SIDA.

De manera complementaria el estudio buscó determinar indicadores prioritarios que midieran estigma y discriminación en el sector salud, y desarrollar un instrumento que pudiera ser utilizado en otros escenarios, para esto la encuesta REDVIH/SIDA\_0 debía aportar elementos para:

- 1) Registrar, medir y analizar el estigma y la discriminación con el fin de mejorar las estrategias de abordaje teórico, la construcción de indicadores e instrumentos de medición eficaces.
  
- 2) Determinar nuevas intervenciones o mejoramiento de las mismas a partir del conocimiento generado con el fin de disminuir el estigma y la discriminación hacia las personas viviendo con VIH/SIDA (Pvvs) y población afectada por el VIH/SIDA en las instituciones de salud de México.

---

<sup>3</sup> Este apartado se elaboró con base en el informe de la Encuesta en los Servicios de Salud "Reducción del Estigma y la Discriminación relacionado al VIH/SIDA en México", Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública de México con la colaboración de CENSIDA y Marco Measure Evaluation, Cuenavaca, Morelos, Mayo de 2004.

Los objetivos planteados por el estudio se cumplieron a partir de aplicar el instrumento a proveedores de servicios de salud en los tres subsistemas que forman parte del Sistema de Salud de México, es decir, en servicios pertenecientes a la Secretaría de Salud (SSA) para población abierta, en aquellos que pertenecen al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en los del Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que se dirigen a los derechohabientes en ambos casos.

El cuestionario aplicado al personal de salud de las instituciones mencionadas captó información acerca de los siguientes temas:

- Datos generales de las personas entrevistadas
- Servicios de la unidad de atención
- Experiencia laboral: capacitación, tipo de información recibida, utilidad, tipo de atención que brinda
- Conocimientos sobre el VIH/SIDA: formas de transmisión, diferencias entre vivir con el VIH y desarrollar el síndrome
- Percepciones en torno al VIH/SIDA: acceso a servicios públicos, aislamiento de las Pvs<sup>4</sup>, derechos humanos (confidencialidad, autonomía para la realización de la prueba), estigmatización a hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y mujeres en trabajo sexual (TSx), acceso a la atención médica y medicamentos para las Pvs y percepción del riesgo en el personal de salud.

Cabe mencionar que la encuesta fue dividida en dos bloques, uno dirigido al personal especializado en la clínica, y otro que se aplicó al personal del área de psicología, consejería y trabajo social de los hospitales y clínicas de las ciudades de Mérida (Yucatán), Distrito Federal y Toluca (Estado de México).

---

<sup>4</sup> Pvs: Personas viviendo con VIH/Sida.

En este sentido, se hace necesario recuperar una de las limitaciones que hicieron explícita los autores de la investigación, y tiene que ver con que por tratarse de “un tema que en sí mismo contiene elementos asociados al prejuicio y al silencio, y que ha sido sancionado a través de comités de ética y reglamentos que norman a los servicios públicos de salud, los participantes en la encuesta difícilmente admiten formar parte, y en ocasiones ser actores principales en los procesos de estigma y discriminación”<sup>5</sup>.

### **III. Apuntes generales para la construcción de los indicadores a partir de la Encuesta REDVIH/SIDA\_0<sup>6</sup>**

De acuerdo al informe de resultados elaborado, para definir los indicadores a ser construidos, los encargados del estudio partieron de concepciones teóricas que sirvieron como guía para el desarrollo de la investigación.

En este sentido plantean de acuerdo a Goffman (1963)<sup>7</sup>, que los procesos de estigmatización son "atributos" conferidos socialmente a ciertos individuos con algún rasgo que no forma parte de los imaginarios aceptados en la sociedad y también, que la estigmatización forma parte de procesos de dominación social<sup>8</sup>. Así, ambas afirmaciones ponen de manifiesto, según los autores del informe de la encuesta REDVIH/SIDA\_0, que la estigmatización pertenece básicamente al espacio de las percepciones y de los imaginarios construidos socialmente

---

<sup>5</sup> Encuesta en los Servicios de Salud “Reducción del Estigma y la Discriminación relacionado al VIH/SIDA en México”, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública de México con la colaboración de CENSIDA y Marco Measure Evaluation, Cuenavaca, Morelos, Mayo de 2004.

<sup>6</sup> Este apartado se elaboró con base en el Informe de la Encuesta en los Servicios de Salud “Reducción del Estigma y la Discriminación relacionado al VIH/SIDA en México”, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública de México con la colaboración de CENSIDA y Marco Measure Evaluation, Cuenavaca, Morelos, Mayo de 2004.

<sup>7</sup> Goffman E., (1963), “Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity”, Prentice Hall, New Jersey.

<sup>8</sup> Aggleton, Peter y Parker, Richard, (2001) “Enfoques innovadores en la prevención del VIH: estudios de caso seleccionados”, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Ginebra.

Por otro lado, se reconoce que los actos que segregan e impiden el acceso a los derechos universales e inalienables, y que generalmente se producen a partir de una construcción estigmatizadora, pertenecen al ámbito de la discriminación. Entonces, los autores manifiestan que la discriminación se encuentra más ligada al ejercicio o no, de los derechos humanos, o a una percepción de limitación o de legitimidad para su omisión o violación<sup>9</sup>.

Con base en las definiciones presentadas, los autores del informe sobre REDVIH/SIDA\_0, elaboraron una serie de indicadores que de manera general se presentan a continuación:

- a) La diferencia entre el discurso oficial, las percepciones y las actitudes que se externan frente a situaciones relacionadas con el quehacer cotidiano, en este caso, con el ejercicio médico.
- b) Las percepciones y actitudes en torno a los derechos de las Pvv.
- c) Las percepciones en torno a los riesgos de infección por el VIH<sup>10</sup>.

Entonces, estos indicadores se pueden descomponer en variables, y como se plantea en el informe de REDVIH/SIDA\_0, con base en los resultados de la encuesta, algunas variables demostraron ser más sensibles para el registro de la estigmatización y la discriminación, y por ende para la construcción empírica de los indicadores elaborados teóricamente a partir de las definiciones planteadas anteriormente. Así, en el documento de la encuesta REDVIH/SIDA\_0, se presenta un cuadro resumen que muestra la relación entre las variables a ser medidas con los temas específicos que se incluyen en el cuestionario elaborado para los fines propuestos, ese cuadro se reproduce a continuación.

---

<sup>9</sup> Informe de la Encuesta en los Servicios de Salud “Reducción del Estigma y la Discriminación relacionado al VIH/SIDA en México”, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública de México con la colaboración de CENSIDA y Marco Measure Evaluation, Cuenavaca, Morelos, Mayo de 2004.

<sup>10</sup> VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.



<b>Variable</b>	<b>Tema específico</b>
Los derechos de las mujeres viviendo con VIH	1. El derecho de la mujeres que viven con VIH a la reproducción
Transmisión	1. Lactancia materna 2. Por personas sintomáticas
Identificación del VIH con enfermedad y muerte inmediata	1. La identificación automática de vivir con VIH y desarrollar el síndrome 2. Las alternativas para vivir con el VIH 3. Los tratamientos antirretrovirales
Derecho a la confidencialidad: la prueba	1. La realización obligatoria de la prueba en casos hipotéticas de la vida cotidiana 2. La obligatoriedad de la prueba a personas consideradas autónomas en sus practicas sexuales: HSH y TSx
Victimas culpables y victimas inocentes	1. Hombres heterosexuales, HSH y TSx <sup>11</sup> como “victimas culpables” 2. Mujeres casadas y niños como “victimas inocentes”
Causas de enfermedad	1. Identificación de la homosexualidad como causa de la enfermedad 2. Identificación de la promiscuidad como causa de la enfermedad

A partir del análisis del cuadro anterior, los autores del informe sobre REDVIH/SIDA\_0, concluyen que el cuestionario aplicado puede ser simplificado y contener las preguntas más sensibles a un tema de difícil aprehensión como son los procesos de estigmatización y discriminación.

Y agregan que la investigación permitió delinear áreas que deberían ser abordadas de manera más específica en futuros trabajos, como son la “exploración más profunda de la homofobia, de los contextos donde se desarrolla el trabajo sexual de hombres, mujeres y transgéneros, el tipo de consejería y prevención que se realiza en la áreas de psicología, trabajo social y consulta externa” (REDVIH/SIDA\_0, 2004).

Además, según el informe de la Encuesta REDVIH/SIDA\_0, se debe discutir el abordaje del tema de la sexualidad en los servicios de salud, así como hacer visible la “necesidad de contar con programas continuos de actualización, discusión y formación para el personal de salud y los usuarios de servicios. Programas que deberían incluir también, temas que van más allá de los últimos

---

<sup>11</sup> HSH: Hombres que tienen sexo con otros hombres  
TSx: Transexuales

hallazgos científicos en torno al VIH, es decir aspectos cualitativos y derechos humanos, que como muestran los resultados surgidos de la investigación constituyen una clara deficiencia que incide en el trato y el acceso a los servicios de salud” (REDVIH/SIDA\_0, 2004).

#### **IV. Principales resultados surgidos de la Encuesta REDVIH/SIDA\_0<sup>12</sup>**

Como forma de ubicar a las y los lectores que no conoce los resultados de la investigación que sirve de insumo para este trabajo, a continuación se presentan de manera general y resumida, los hallazgos que están contenidos en el informe de la Encuesta REDHIV/SIDA\_0 los cuáles sentarán la base para el análisis posterior. Dicho trabajo presenta un análisis univariado y bivariado de la información surgida del levantamiento de la encuesta, que como se ha mencionado, fue aplicada a personal de los hospitales y centros de salud seleccionados.

Entonces, la encuesta fue aplicada a 370 personas, de éstas 35.1% fueron hombres y 64.0% mujeres, 32.0% del total se encuentran en el grupo de edad de 30 a 39 años de edad y poco menos de 30.0% están entre los 40 y los 49 años, casi la mitad del total de entrevistados(as) (46.0%) son médicos de profesión y 35.7% son enfermeras(os), el resto se clasifican en laboratoristas, trabajadores sociales y recepcionistas.

Con relación a la capacitación sobre VIH/SIDA que han recibido las y los participantes en la encuesta, 75.0% declara haberla tenido en los últimos 3 años, de este porcentaje poco más de la mitad (51.0%) recibió información sobre prevención, 15.0% tuvo acceso a temas sobre formas de transmisión, y acerca de tratamientos antirretrovirales y atención específica a pacientes con el virus (Pvvs)

---

<sup>12</sup> Informe de la Encuesta en los Servicios de Salud “Reducción del Estigma y la Discriminación relacionado al VIH/SIDA en México”, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública de México con la colaboración de CENSIDA y Marco Measure Evaluation, Cuenavaca, Morelos, Mayo de 2004.

recibieron capacitación solamente 14.0% de las personas entrevistadas, respectivamente.

En cuanto al tipo de capacitación recibida por el personal de salud entrevistado, 42.0% tomo algún curso, 27.0% acudió a alguna charla informativa, 19.0% participó en un congreso sobre el tema y 12.0% realizó un taller sobre VIH/SIDA.

El incluir preguntas en el cuestionario relacionadas con los conocimientos de las expresiones clínicas de la enfermedad y de las formas de transmisión, tiene estrecha vinculación con una de las hipótesis de la investigación que sugiere que, un mayor nivel de desinformación en el personal de salud provoca mayores reacciones estigmatizadoras y discriminatorias en contra de Pvv.

De acuerdo a esto, 26.8% de las personas encuestadas señaló como cierta la afirmación que "ser VIH positivo y tener SIDA es lo mismo" mientras 72.0% del personal de salud entrevistado calificó de falsa esta aseveración. Si se analizan estos resultados de acuerdo a la profesión de los entrevistados(as), se puede observar que 11.8% de los médicos toman como cierta esta afirmación, 38.6% enfermeras y enfermeros hacen lo propio, 37.0% de laboratoristas, 25.0% de los psicólogos(as), consejeros(as) y trabajadores(as) sociales y 65.0% del personal administrativo dice que el cierto que ser portador del VIH es igual a tener SIDA.

Además, de las preguntas relacionadas con el conocimiento del personal de salud acerca del VIH/SIDA, se indagó, a partir de la encuesta, acerca de las percepciones, a través de preguntas relacionadas con el contacto cotidiano con personas viviendo con el VIH a partir de situaciones hipotéticas.

En este contexto se le preguntó a las personas entrevistadas si "compraría comida a una Pvv", el 27.0% del personal de salud consultado contestó negativamente o dijo no saber si compraría comida a estas personas. Un 60.0% opinó que debería prohibirse a las mujeres que viven con VIH tener hijos, mientras que el personal de

salud de consulta externa opinó en casi 22.0% que a las Pvvv debe impedirse el uso de servicios públicos, como baños y albercas, en función de la ubicación geográfica el porcentaje más alto (24.0%) de esta opinión se localizó en Yucatán.

Como se reporta en el informe de la REDHIV/SIDA, el aislamiento de los Pvvv fue un tema recurrente a lo largo de la investigación. De ahí la importancia de registrar más a fondo las opiniones que indican la legitimidad de esta práctica violatoria de los derechos de las personas enfermas. Así, ante la pregunta sobre si debe aislarse o no a las Pvvv que desarrollan el síndrome y necesitan hospitalización, el personal de salud respondió con un espectro amplio de razones para esta práctica, donde la razón más fuerte para legitimarla es la protección de los Pvvv ante las enfermedades de otros pacientes.

Sin embargo, como se confirmó en la investigación, en la realidad de los hospitales, las áreas de aislamiento mantienen en el mismo espacio físico a pacientes con enfermedades infectocontagiosas y personas con el sistema inmunológico deprimido, tal como se constató con la observación de los hospitales durante la fase cualitativa.

En el marco de este breve resumen de los resultados arrojados por la Encuesta REDVIH/SIDA\_0, se debe resaltar que el término "prácticas de riesgo" también ha contribuido a desarrollar una forma sutil de separación entre "víctimas inocentes" y "víctimas culpables", tal como lo mencionan los autores del informe de la encuesta.

Así, y de acuerdo al abordaje cualitativo, este permitió vislumbrar que la conceptualización de grupos con "prácticas de riesgo" hacía énfasis en las decisiones individuales, sobre todo cuando se trataba de la sexualidad. Es decir, una mujer en trabajo sexual o un hombre que tiene sexo con otros hombres realiza prácticas sexuales autónomas sin tomar en consideración las condiciones en donde se esté desarrollando el "riesgo". Así, en caso de infección, ésta se debió a

su libre albedrío, es decir que sus prácticas y ellos mismos son la causa de la epidemia. Por su parte, esta autonomía no se atribuye a una mujer ama de casa o un niño(a) infectado(a) durante su gestación.

La encuesta permitió corroborar esta hipótesis, y por lo tanto, cuestionar también el uso del término "prácticas de riesgo" ya que una proporción del personal de salud opinó que existen personas culpables de su condición serológica. Dicha opinión se expresó en forma casi homogénea en todas las áreas hospitalarias, oscilando entre 62.0% en consulta externa hasta llegar a un 82.0% en el espacio de gineco-obstetricia, pediatría y neonatología.

Ahora, con respecto a la forma como el personal de salud encuestado visualiza a otros profesionales cercanos a sus profesiones y que viven con VIH, la encuesta muestra que 43.0% no consultaría a un dentista con VIH y un 36.0% opina que no debe permitirse a un(a) cirujano(a) ejercer su profesión si vive con el VIH, si se observa la distribución anterior según su posición en el empleo, 65.0% se ubica dentro del personal administrativo.

Otra cuestión que guió a los encargados de realizar la encuesta fue indagar si la percepción acerca de su propio riesgo a la infección del VIH era un factor que jugaba un papel importante en los procesos de estigma y discriminación a las Pvs en los servicios de salud.

En este sentido, se incluyeron preguntas relacionadas con la percepción del riesgo en todos los hospitales y clínicas donde se realizó el estudio, la distribución de las respuestas tuvo un comportamiento similar en todos ellos, así entre 54.0% y 62.0% tienen una percepción alta o muy alta de infección con el VIH. El porcentaje mayor se da entre el personal de enfermería, aunque es de resaltar que las personas que trabajan en el área de consejería en el 33.3% de los casos reportan tener un riesgo alto y muy alto.

Según el informe de la Encuesta REDHIV/SIDA\_0, esta percepción de riesgo pudiera estar asociada a la noción de que las medidas de precaución universales para el manejo de pacientes con VIH son insuficientes y que son necesarias mayores medidas de protección. Cuestión que a su vez podría asociarse a las opiniones favorables hacia el aislamiento de las Pvvv, evitar el contacto físico con pacientes, utilizar platos y vasos desechables para servir alimentos o la exageración en el uso de guantes y cubre bocas cuando es necesaria la manipulación de un paciente por parte del personal de enfermería.

#### **V. Análisis general del cuestionario a partir de la base de datos de la Encuesta REDVIH/SIDA\_0**

Para comenzar con el análisis de la información que proporciona la Encuesta REDVIH/SIDA\_0, se creyó conveniente crear una serie de tablas cruzadas (Véase Anexo 2, elaborado en formato del programa SPSS) que muestran la distribución porcentual de las preguntas incluidas en el cuestionario según una serie de variables que se entienden como importantes a la hora de analizar cuestiones como el estigma y la discriminación.

De esta manera las variables independientes seleccionadas para la realización del análisis anterior consta de las siguientes variables: sexo, edad, escolaridad, tipo de profesión, religión y tipo de servicio en el que trabaja. La idea de realizar los cruces por estas variables es ver como la información captada con la encuesta es discriminada según las categorías de las variables en juego y así contar con otros factores a ser tomados en cuenta a la hora de la elaboración de los indicadores que midan estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA.

Al observar los datos para las preguntas relacionadas con la capacitación recibida por el personal de los servicios de salud se observan algunas tendencias interesantes que merecen ser destacadas. Así, el 80.0% de las personas que tienen 50 años o más han asistido a alguna reunión o capacitación sobre

VIH/SIDA contra el 66.7% de aquellas que tienen entre 30 y 39 años (Véase Tabla 6).

Por su parte, el 100.0% de los profesionales que laboran en servicios de gineco-obstetricia y en clínicas especializadas en VIH/SIDA han asistido a cursos sobre el tema, en comparación con el 65.9% y el 75.0% de los que se desempeñan en cirugía y en consulta externa respectivamente.

En cuanto a la variable educación se puede observar que todas las personas entrevistadas que tienen secundaria no han tomado cursos sobre VIH/SIDA, el 59.1% de las que tienen bachillerato lo han hecho, 81.3% de las que llegaron a la licenciatura y el 79.6% que realizaron algún postgrado han recibido este tipo de capacitación.

En cuanto al tipo de información que recibieron en las instancias de capacitación, se destacan los relacionados con medidas de prevención, formas de transmisión y sobre tratamientos antirretrovirales, todos ellos con un porcentaje aproximado de 60.0%, le sigue en importancia porcentual con un 37.9% la capacitación acerca de la atención de pacientes con VIH/SIDA relacionada con el cuidado, nutrición, tratamientos disponibles, infecciones oportunistas, y por último con un 9.5% se encuentran los cursos o talleres para las intervenciones de consejería (Véase Tabla 8).

Ahora, las preguntas sobre los conocimientos de las personas entrevistadas acerca de las formas de transmisión muestran los siguientes resultados, en términos generales: poco más del 95.0% sabe que el VIH no se contagia por usar el mismo baño que una persona infectada, pero llama la atención que 12.5% de los que trabajan en servicios de consulta externa den como válida esta afirmación.

La aseveración de que es posible infectarse de VIH a través de picaduras de mosquito u otros insectos muestra respuestas más heterogéneas, 11.4% de los

entrevistados que tienen bachillerato, 6.3% de los que cuentan con licenciatura y 3.7% de los que cuentan con postgrado dicen que esto es cierto. De acuerdo al servicio en el que se desempeñan, 33.3% de los que pertenecen a servicios de medicina interna y 12.5% de los que trabajan en consulta externa aseguran que es posible la transmisión por esta vía (Véase Tabla 13).

Llama la atención que solamente el 66.7% de los entrevistados que trabajan en medicina interna digan que es cierto que una persona con VIH sin síntomas pueda contagiar a otros, lo mismo piensan el 87.3% de los que están en urgencias, el 83.3% de gineco-obstetricia y el 81.8% de cirugía; por su parte el 100.0% de los que se desempeñan en clínicas especializadas de VIH/SIDA y consulta externa saben que esta es una de las vías de contagio (Véase Tabla 14).

Otra de las preguntas incluidas en el cuestionario fue si una mujer positiva al VIH puede infectar a su hijo a través de la lactancia materna, el 100.0% de los que tienen secundaria dicen que esto es cierto, en oposición al 75.0% que tiene bachillerato, 81.5% que tienen postgrado y 90.6% de los que tienen licenciatura. De acuerdo al servicio al que pertenecen, el 50.0% de gineco obstetricia dicen que esto es cierto, 33.3% dicen que esta no es una vía de contagio y 16.7% afirman no saber si esta es una manera de transmisión, en el extremo opuesto como era de esperarse están los servicios de clínicas especializadas en VIH donde el 100.0% de los entrevistados que pertenecen a estos servicios dicen que si es una forma de contagio (Véase Tabla 17).

Al indagar sobre la evolución de la infección en términos generales, se puede ver que existe un 6.1% del personal que trabaja en los servicios de salud que cree que la infección por VIH necesariamente lleva a una muerte rápida, y nuevamente llama la atención que los trabajadores de consulta externa en el 12.5% de los casos dicen que esta afirmación es cierta, lo mismo sucede con el 9.1% de los que laboran en el área de cirugía y con el 4.8% de urgencias.



Al indagar sobre si ser VIH positivo y tener SIDA es lo mismo, 21.2% del total de los entrevistados dicen que si lo es, de acuerdo a la edad el porcentaje de los que dicen que lo anterior es cierto aumenta conforme la variable también aumenta, así piensan el 16.7% de los que tienen menos de 30 años contra el 26.7% de los que tienen 50 años o más.

Las personas entrevistadas que se desempeñan en medicina interna en el 66.7% de los casos dicen que la aseveración es cierta, lo mismo dicen el 38.6% y el 37.5% de los que se encuentran en cirugía y en consulta externa respectivamente, el porcentaje de esta postura desciende para los que laboran en el servicio de gineco-obstetricia (16.7%) y sólo con un 4.8% los de urgencias (Véase Tabla 21)

Las preguntas que se relacionan con prohibir a las personas portadores del VIH determinadas actividades, como asistir a la escuela, dar clases, ejercer la paternidad o utilizar servicios públicos, presentan en términos generales porcentajes altos de no acuerdo, quizás las dos preguntas que muestran mayores diferencias son las que se relacionan con la posibilidad de que las mujeres VIH positivas tengan hijos y con permitir que personas portadoras del virus ingresen al país (Véanse Tablas 25 y 45).

Teniendo como referencia al total de la personas encuestadas, el 55.3% dice que si se le debería prohibir a una mujer portadora del VIH tener hijos, contra el 37.9% que dice que no y 6.8% que no sabe o no contesta, en cuanto a las diferencias por sexo, las mujeres en el 62.2% de los casos dicen estar de acuerdo con esta prohibición en oposición al 40.5% de los hombres.

La distribución, según el servicios en donde trabajan para esta pregunta no muestra diferencias tan importantes como en otras preguntas, están de acuerdo con la prohibición el 66.7% en gineco-obstetricia y medicina interna, el 72.7% en cirugía, el 75.0% en consulta interna, el 39.7% en urgencias, el personal que

trabaja en clínicas especializadas en VIH esta dividida, 50.0% dice estar de acuerdo y el mismo porcentaje declara que no se debería desarrollar tal limitación.

Otro tema que despierta controversia y que al preguntarlo muestra el mismo comportamiento heterogéneo tiene que ver con la obligatoriedad de la prueba del VIH en diferentes situaciones y para diferentes poblaciones. Así, al preguntar si la prueba diagnóstica del VIH debe ser voluntaria, hay un 12.9% de la población total que dice que esta debe ser obligatoria, postura que comparten el 85.7% de los trabajadores de urgencias, el 83.3% de los que pertenecen a servicios de gineco-obstetricia y medicina interna y el 79.5% de los que pertenecen a los servicios de cirugía. Por su parte, los trabajadores de clínicas especializadas en VIH en el 100.0% de los casos no están de acuerdo con la obligatoriedad de la prueba (Véase Tabla 26).

La postura en cuanto a la obligatoriedad de la prueba para los hombres que tienen sexo con otro hombres es similar a la anterior, el 68.2% del total de la población encuestada dice que esta de acuerdo con esta posición, así piensan el 55.6% de los que trabajan en urgencias, el 81.8% de cirugía, el 83.3% de gineco-obstetricia, el 75.0% de consulta externa y el 100.0% de medicina interna. Las personas entrevistadas que se desempeñan en clínicas especializadas en VIH también en esta pregunta continúan divididos exactamente a la mitad en sus opiniones (Véase Tabla 36).

En cuanto, a si es necesario realizar pruebas obligatorias de VIH/SIDA a las trabajadoras o trabajadores del sexo comercial, el 84.1% de la población total dice que si es necesario contra el 15.2% que no esta de acuerdo. Son las más jóvenes lo que están de acuerdo con es posición, representando el 94.4% de los que tienen menos de 30 años en contraste con el 76.1% de los que tienen entre 30 y 39 años y el 80.0% de los que tienen 50 años o más (Véase Tabla 37).

De acuerdo al tipo de servicio en donde trabajan, el 100.0% de los que están en medicina interna piensan que es necesaria la realización de la prueba a esta población, el 90.9% de los que se desempeñan en cirugía, el 87.5% de consulta externa, el 83.3% de gineco-obstetricia, por último, comparte esta postura el 75.0% de los que pertenecen a clínicas especializadas en VIH.

Otro tema que se vincula directamente con la discriminación y el estigma es el que sugiere la pregunta si compraría comida a una persona que vive con VIH, 79.5% de la población entrevistada afirma que si lo haría, el 100.0% de los que tienen secundaria no saben si compraría comida a un portador del virus, en contraposición al 96.3% de los que tienen algún postgrado.

Por su parte, el 100.0% del personal que trabaja en clínicas especializadas en VIH dice que si compraría comida Pvv, contra el 50.0% de los que se inscriben en servicios de medicina interna, el 62.5% de consulta externa, 65.9% de cirugía, 83.3% de gineco-obstetricia y el 93.7% del personal de urgencias (Véase Tabla 28).

En cuanto a si consultarían a un dentista que sea VIH positivo, sólo el 55.3% de la población dice que si lo haría, esta misma postura la tienen el 68.3% de los trabajadores de urgencias, el 62.5% de consulta externa, el 83.3% de gineco-obstetricia, el 50.0% de los que pertenecen a clínicas especializadas en VIH, y por último, de aquellos que pertenecen a medicina interna solo se atenderían con un dentista portador de VIH el 16.7% (Véase Tabla 29)

Al consultar sobre si se le debe permitir ejercer a los cirujanos que son portadores del VIH, el 64.4% del total de los encuestados dicen que si, el 27.3% afirma que no se les debería permitir ejercer, el 6.1% no sabe y el restante 2.3% no contesta. Son nuevamente los trabajadores de medicina interna los que participan con el menor porcentaje en la categoría de sí con el 16.7%, los pertenecientes a los servicios de cirugía dicen en el 52.3% de los casos que si deben ejercer, y esta

misma postura la tienen los que pertenecen a clínicas especializadas en VIH en el 100.0% de los casos (Véase Tabla 31).

Hasta aquí se ha hecho una revisión somera de algunas de las preguntas que están contenidas en el cuestionario original de la Encuesta REDVIH/SIDA\_0, como se ha podido ver a partir de los datos presentados, existen ciertas preguntas que generan mayores diferencias en función de las variables de control que se incorporaron, hay otros temas que presentan niveles de acuerdo elevados ya sea que se analicen por sexo, escolaridad, tipo de servicio al que se pertenece e incluso en la población en general.

Esto deja ver, que un tema como el VIH/SIDA y las personas que son portadores del virus, generan diferencias no solo en lo que se refiere a actitudes y conductas, sino también en lo relativo a determinadas políticas que se deberían llevar a cabo. Ahora, se debe resaltar que un aspecto preocupante de esta información, es que esta surge de personal que trabaja en servicios de salud y que son en última instancia los que están a cargo de la atención de las personas que son VIH positivo o que han desarrollado SIDA.

Por esta razón, un instrumento claro, específico y eficaz que mida estigma y discriminación asociado al VIH/SIDA en el personal de los servicios de salud, es de suma importancia ya que ayudaría a identificar cuáles serían los puntos a tener en cuenta para eliminar estas conductas y promover el respeto de los Derechos Humanos y la no discriminación hacia una población que sigue creciendo.

## **VI. Análisis estadístico de los indicadores sobre estigma y discriminación elaborados a partir de la Encuesta REDVIH/SIDA\_0**

En el presente apartado se presentan una serie de cálculos y formas de construcción de índices e indicadores que surgen de la revisión del informe de la encuesta, del cuestionario y de la revisión de la base de datos, esto permite, en

una primera instancia y de manera general, ver en que medida las preguntas utilizadas y las opciones de respuestas incluidas en el cuestionario son útiles para tales fines, y cuando sea necesario, indicar que se debería tener en cuenta a la hora de proponer una batería de preguntas diferentes y en consecuencia un instrumento nuevo.

Entonces, a partir de la serie de preguntas incluidas en el cuestionario acerca de la capacitación o los conocimientos adquiridos por el personal de salud entrevistado, se realizaron una serie de ajustes y pruebas con el fin de ver que tan viable era la construcción de un índice a partir de estos datos.

**Cuadro N° 1.**  
**¿Asistió a alguna reunión o capacitación sobre VIH/SIDA?**

	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Sí	72.0	72.0
No	28.0	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 2.**  
**Tipo de actividad al que ha asistido en los últimos 3 años**

	Porcentaje
Congreso sobre SIDA	41.1%
Curso	51.6%
Taller	13.7%
Plática informativa	38.9%
Especialidad	7.4%
Diplomado	3.2%
Otro	3.2%
NS	1.1%
NC	3.2%
Total	163.2%

Pregunta de respuesta múltiple no suma 100.0%

**Cuadro N°3.**  
**¿Qué tipo de información recibió?**

	Porcentaje
Prevención	62.1%
Formas de transmisión	63.2%
Tratamientos antirretrovirales	66.3%
Atención (cuidado, nutrición, tratamiento)	37.9%
Consejería	9.5%
Otra	4.2%
NC	3.2%
Total	246.3%

Pregunta de respuesta múltiple no suma 100.0%

**Cuadro N° 4.**  
**¿Le fue de utilidad?**

	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	97.9	97.9
NC	2.1	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 5.**  
**¿Qué tipo de información recibió?**

	Prevención	Formas de transmisión	Tratamientos	Atención	Consejería	NC
Congreso sobre SIDA	64.1	64.1	82.1	43.6	17.9	0.0
Curso	67.3	65.3	65.3	36.7	14.3	0.0
Taller	61.5	84.6	61.5	30.8	15.4	7.7
Plática informativa	64.9	59.5	67.6	40.5	10.8	0.0
Especialidad	71.4	57.1	85.7	57.1	28.6	0.0
Diplomado	33.3	100.0	100.0	33.3	33.3	0.0
Otro	0.0	0.0	66.7	33.3	0.0	33.3
NS	100.0	0.0	100.0	100.0	0.0	0.0
NC	66.7	33.3	33.3	33.3	0.0	33.3

A partir de la revisión realizada a los datos presentados anteriormente, se está en condiciones de decir que no se puede construir un índice con estas cuatro preguntas, en primer lugar, porque la primera es fase de aplicación para las otras tres lo cual no permite contar con el mismo número de casos en los cuatro reactivos.

Con las tres preguntas restantes, no es posible calcular índices, porque las preguntas son combinaciones de preguntas de respuesta múltiple y respuesta única, sumado a lo anterior se encontró que una de las preguntas no tiene variabilidad interna en lo que refiere a las respuestas obtenidas.

En este sentido, sería conveniente modificar esta serie de preguntas con la intención de obtener una amplitud de respuestas que permitan la construcción de los índices, y convertir a las otras dos preguntas en preguntas cuyas opciones de respuesta fueran del tipo “sí mención”, “no mención”.

Por su parte, las preguntas referidas al trato que se ha tenido directamente con pacientes con VIH, que si bien se podrían incluir en esta serie de conocimientos y experiencias, se cree que merecen un tratamiento aparte, por lo cual se presentan a continuación de manera específica.

Estas dos preguntas, tal cual están construidas no posibilitan la generación de un índice, esto se debe a que la primera de las preguntas es un filtro que se convierte en la aplicación de un pase para la segunda. Por esta razón, se sugiere la construcción de varias preguntas que se desprendan del pase, con opciones de respuesta breves, ya que, se puede demostrar que, conforme aumenta el número de variables correlacionadas positivamente al interior de un índice, su consistencia interna aumenta.

**Cuadro N° 6.**  
**¿Ha brindado atención por cualquier circunstancia a una persona con VIH/SIDA?**

	Porcentaje
Sí	88.6
No	7.6
Nunca he estado frente a un paciente con VIH/SIDA	2.3
NC	1.5
Total	100.0

**Cuadro N° 7.**  
**¿Qué tipo de atención ha brindado?**

	Porcentaje
Cuidados	48.7%
Consulta médica	39.3%
Revisión física	28.2%
Toma de muestras biológicas	28.2%
Consejería	13.7%
Apoyo psicológico	15.4%
Otros	3.4%
Capacitación	.9%
Información	11.1%
Ubicar familiares	6.0%
Total	194.9%

La serie de preguntas que se presentan a continuación se enmarcan en el conocimiento que tiene el personal de salud acerca del VIH/SIDA, para fines de este trabajo y como propuesta a futuro se recodificaron todas las preguntas incluidas en el cuestionario original, con los códigos “0” si la respuesta era incorrecta (incluyendo el no sabe y el no contesta), y “1” si la respuesta era correcta.

La transformación anterior, arrojó variables ordinales dicotómicas, donde los empates son muy frecuentes. Por lo anterior, para verificar la existencia (o no) de correlaciones, se utilizó el coeficiente de correlación  $\tau_b$  de Kendall.

**Cuadro N° 8.**

**Una persona puede adquirir el VIH por usar el mismo baño que una persona infectada**

	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cierto	1.5	1.5
Falso	97.7	99.2
NC	.8	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 9.**

**Es posible infectarse de VIH a través de picaduras de mosquito u otros insectos**

	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cierto	6.8	6.8
Falso	91.7	98.5
NS	.8	99.2
NC	.8	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 10.**

**Una persona con VIH sin síntomas puede infectar a otros.**

	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cierto	85.6	85.6
Falso	9.1	94.7
NS	2.3	97.0
NC	3.0	100.0
Total	100.0	



**Cuadro N° 11.**

**Una persona puede infectarse por el VIH al intercambiar jeringas o agujas**

	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cierto	96.2	96.2
Falso	2.3	98.5
NC	1.5	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 12.**

**Una persona puede infectarse por el VIH al tener relaciones sexuales sin condón con una persona infectada**

	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cierto	97.7	97.7
Falso	1.5	99.2
NC	.8	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 13.**

**Una mujer positiva al VIH puede infectar a su hijo a través de la lactancia materna**

	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cierto	81.1	81.1
Falso	12.9	93.9
NC	4.5	98.5
Total	100.0	100.0

**Cuadro N° 14.**

**Existen medicamentos para tratar el VIH/SIDA**

	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cierto	95.5	95.5
Falso	2.3	97.7
NC	.8	98.5
Total	100.0	100.0

**Cuadro N° 15.**

**La infección con el VIH necesariamente lleva a una muerte rápida**

	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cierto	6.1	6.1
Falso	92.4	98.5
NC	1.5	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 16.**

**Una persona puede infectarse con el VIH por el uso de drogas no inyectables**

	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cierto	7.6	7.6
Falso	91.7	99.2
NC	.8	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 17.**

**Ser VIH positivo y tener SIDA es lo mismo**

	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cierto	21.2	21.2
Falso	77.3	98.5
NC	.8	99.2
Total	.8	100.0
	100.0	

El coeficiente b de Kendall es una medida no paramétrica de asociación para variables ordinales o de rangos que tiene en consideración los empates. El signo del coeficiente indica la dirección de la relación y su valor absoluto indica la magnitud de la misma, de tal modo que los mayores valores absolutos indican relaciones más fuertes. Los valores posibles varían de -1 a 1, pero un valor de -1 o 1 sólo se puede obtener a partir de tablas cuadradas.

Como se puede apreciar a partir del cuadro siguiente, las correlaciones son medianamente fuertes en la mayoría de los casos, pero se tienen varios casos en que estas no resultan significativas. Esta situación estaría indicando que las diferentes opciones de preguntas no necesariamente se agruparían en una sola variable resumen o índice.

**Cuadro N° 18.**  
**Diagonal superior de la matriz de correlaciones de las pregunta 22 a la 31 del cuestionario de la encuesta REDVIH/SIDA\_0**

Correlaciones	p22	p23	p24	p25	p26	p27	p28	p29	p30	p31
22.-Una persona puede adquirir el VIH por usar el mismo baño que una persona infectada	1.00	0.14	0.08	0.24	0.32	0.06	0.21	0.34	0.14	0.28
23.-Es posible infectarse de VIH a través de picaduras de mosquito u otros insectos		1.00	0.19	0.08	0.14	0.20	0.07	0.22	0.11	0.43
24.-Una persona con VIH sin síntomas puede infectar a otros.			1.00	0.37	0.23	0.13	0.22	0.21	<b>-0.05</b>	0.14
25.- Una persona puede infectarse por el VIH al intercambiar jeringas o agujas				1.00	0.50	0.11	0.34	0.24	0.08	0.08
26.- Una persona puede infectarse por el VIH al tener relaciones sexuales sin condón con una persona infectada					1.00	0.06	0.21	0.53	0.32	0.16
27.- Una mujer positiva al VIH puede infectar a su hijo a través de la lactancia materna						1.00	0.27	0.08	0.06	0.20
28.- Existen medicamentos para tratar el VIH/SIDA							1.00	0.21	0.07	0.23
29.- La infección con el VIH necesariamente lleva a una muerte rápida								1.00	0.12	0.19
30.- Una persona puede infectarse con el VIH por el uso de drogas no inyectables									1.00	0.16
31.- Ser VIH positivo y tener SIDA es lo mismo										1.00
<i>La correlación es significativa al nivel 0.01 (2-colas).</i>										
<i>La correlación es significativa al nivel 0.05 (2-colas).</i>										

Para verificar lo planteado, se realizó el análisis de consistencia interna de la batería de preguntas a partir del estadístico Alfa de Cronbach. El valor del estadístico resultó bastante aceptable, siendo este de 0.706. En términos estrictos se dice que son valores aceptables del estadístico todos aquellos comprendidos entre 0.7 y 0.9.

A pesar del valor del Alfa de Cronbach, se vio a partir de las correlaciones, que la serie de preguntas podrían agruparse en diversos grupos, por ello, se decidió realizar un análisis de componentes principales, este ejercicio permitió llegar a la conclusión prevista de que las variables se agrupan en al menos tres dimensiones.

Entonces, la primera dimensión que se obtiene, corrobora lo que se esperaba encontrar, es decir que la construcción del índice de conocimiento del VIH/SIDA, explica cerca del 30% de la variabilidad total producida por la interacción de las 10 variables.

**Cuadro N° 19**  
**Análisis de componentes principales. Total de varianza explicada**

Componentes	Eigenvalues inicial			Extracción de los componentes		
	Total	Porcentaje de varianza	Porcentaje acumulado	Total	Porcentaje de varianza	Porcentaje acumulado
1	2.840	28.398	28.398	2.840	28.398	28.398
2	1.326	13.261	41.659	1.326	13.261	41.659
3	1.213	12.134	53.792	1.213	12.134	53.792
4	.968	9.679	63.471			
5	.884	8.838	72.310			
6	.749	7.487	79.796			
7	.627	6.269	86.065			
8	.579	5.789	91.854			
9	.496	4.958	96.812			
10	.319	3.188	100.000			

Método de extracción: Análisis de Componentes Principales

*Análisis de la encuesta en los servicios de salud sobre la reducción del estigma y la discriminación relacionada al VIH/SIDA en México*

**Cuadro N° 20.  
Matriz de componentes**

	Componentes		
	1	2	3
22.-Una persona puede adquirir el VIH por usar el mismo baño que una persona infectada	.555	-.047	-.289
23.-Es posible infectarse de VIH a través de picaduras de mosquito u otros insectos	.446	.603	-.089
24.-Una persona con VIH sin síntomas puede infectar a otros.	.478	-.087	.538
25.- Una persona puede infectarse por el VIH al intercambiar jeringas o agujas	.626	-.418	.302
26.- Una persona puede infectarse por el VIH al tener relaciones sexuales sin condón con una persona infectada	.722	-.405	-.235
27.- Una mujer positiva al VIH puede infectar a su hijo a través de la lactancia materna	.332	.465	.357
28.- Existen medicamentos para tratar el VIH/SIDA	.533	.018	.391
29.- La infección con el VIH necesariamente lleva a una muerte rápida	.653	-.188	-.207
30.- Una persona puede infectarse con el VIH por el uso de drogas no inyectables	.330	.010	-.585
31.- Ser VIH positivo y tener SIDA es lo mismo	.512	.601	-.147

Método de extracción: Análisis de Componentes Principales

**Cuadro N° 21  
Matriz de componentes**

Variables	Valor del componente	Importancia relativa
22.-Una persona puede adquirir el VIH por usar el mismo baño que una persona infectada	0.55	11%
23.-Es posible infectarse de VIH a través de picaduras de mosquito u otros insectos	0.45	9%
24.-Una persona con VIH sin síntomas puede infectar a otros.	0.48	9%
25.- Una persona puede infectarse por el VIH al intercambiar jeringas o agujas	0.63	12%
26.- Una persona puede infectarse por el VIH al tener relaciones sexuales sin condón con una persona infectada	0.72	14%
27.- Una mujer positiva al VIH puede infectar a su hijo a través de la lactancia materna	0.33	6%
28.- Existen medicamentos para tratar el VIH/SIDA	0.53	10%
29.- La infección con el VIH necesariamente lleva a una muerte rápida	0.65	13%
30.- Una persona puede infectarse con el VIH por el uso de drogas no inyectables	0.33	6%
31.- Ser VIH positivo y tener SIDA es lo mismo	0.51	10%

**Cuadro N° 22  
Índice de conocimiento del VIH/SIDA**

	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Conocimiento Total	51.5	51.5
Conocimiento Aceptable	23.5	75.0
Desconocimiento	25.0	100.0
Total	100.0	

A partir de la análisis anterior, se decidió tomar como índice el primero de los componentes extraídos, así se puede observar que las preguntas que quedan comprendidas en este son la número 22, la 25, la 26 y la pregunta número 29, pudiendo determinar además que las menos importantes para la construcción del índice serían las preguntas 23, 24, 27 y 30.

Es decir que las preguntas que formarían el índice teniendo como método de construcción el descrito anteriormente, y sin olvidar que nuestra información base para esto, es la encuesta levantada en los centros de salud y aplicada al personal que ahí labora, serían las siguientes:

- Una persona puede adquirir el VIH por usar el mismo baño que una persona infectada
- Una persona puede infectarse por el VIH al intercambiar jeringas o agujas
- Una persona puede infectarse por el VIH al tener relaciones sexuales sin condón con una persona infectada
- La infección con el VIH necesariamente lleva a una muerte rápida

Por su parte, aquellas preguntas que quedarían fuera del índice antes detallado serían:

- Es posible infectarse de VIH a través de picaduras de mosquito u otros insectos
- Una persona con VIH sin síntomas puede infectar a otros
- Una mujer positiva al VIH puede infectar a su hijo a través de la lactancia materna
- Una persona puede infectarse con el VIH por el uso de drogas no inyectables

Entonces, a partir de las preguntas que quedaron incluidas en el índice como resultado del análisis de componentes principales, se construyeron 3 categorías,

las cuales fueron nombradas de manera inicial a partir del análisis anterior de la siguiente manera: “conocimiento total”, cuando la persona contestó correctamente todos los reactivos, “conocimiento aceptable”, cuando la persona contestó incorrectamente a 1 reactivo (excepto preguntas 26 y 29), y “desconocimiento”, cuando la persona contestó incorrectamente más de 1 reactivo.

Ahora, en cuanto a las preguntas relacionadas con el conocimiento acerca del VIH, pero que tienen que ver con el conocimiento acerca de las formas de transmisión de virus y conductas violatorias a los derechos humanos, a continuación se presentan el grupo de preguntas relacionadas, para luego ver las frecuencias simples de cada una de las preguntas que se contemplaron inicialmente.

**Cuadro N° 23**  
**Preguntas para el índice de Conocimiento del VIH (Transmisión y Derechos)**

Preguntas				
p 32	p 39	p 46	p 53	p 60
p 33	p 40	p 47	p 54	p 61
p 34	p 41	p 48	p 55	p 62
p 35	p 42	p 49	p 56	p 63
p 36	p 43	p 50	p 57	p 64
p 37	p 44	p 51	p 58	p 65
p 38	p 45	p 52	p 59	p 73

**Cuadro N° 24**  
**Debe permitirse a un(a) estudiante con VIH que continúe en la escuela**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	97.7	97.7
No	.8	98.5
NS	.8	99.2
NC	.8	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 25**

**Debe permitirse que un maestro(a) de preescolar o primaria viviendo con VIH que continúe dando clases**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	94.7	94.7
No	3.0	97.7
NS	1.5	99.2
NC	.8	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 26**

**Debe prohibirse que las mujeres con VIH tengan hijos**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	55.3	55.3
No	37.9	93.2
NS	3.8	97.0
NC	3.0	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 27**

**A las personas viviendo con VIH/SIDA se les debe impedir el contacto con otros enfermos en la sala de espera**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	12.1	12.1
No	85.6	97.7
NS	1.5	99.2
NC	.8	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 28**

**La prueba diagnóstica del VIH debe ser voluntaria**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	84.8	84.8
No	12.9	97.7
NS	1.5	99.2
NC	.8	100.0
Total	100.0	



**Cuadro N° 29**

**Debe retirarse el ejercicio de la paternidad (patria potestad) a las personas viviendo con VIH**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	6.8	6.8
No	90.2	97.0
NS	2.3	99.2
NC	.8	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 30**

**Compraría comida a una persona que vive con VIH**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	79.5	79.5
No	14.4	93.9
NS	4.5	98.5
NC	1.5	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 31**

**Consultaría a un dentista que tenga VIH**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	55.3	55.3
No	37.9	93.2
NS	5.3	98.5
NC	1.5	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 32**

**Consultaría a un médico homosexual**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	91.7	91.7
No	7.6	99.2
NS		
NC	.8	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 33**

**Debe permitirse ejercer a los cirujanos con VIH**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	64.4	64.4
No	27.3	91.7
NS	6.1	97.7
NC	2.3	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 34**  
**Compartiría su casa con una persona que viva con VIH/SIDA**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	89.4	89.4
No	8.3	97.7
NS	1.5	99.2
NC	.8	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 35**  
**Debe prohibirse la prostitución como método para disminuir la transmisión del VIH**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	42.4	42.4
No	54.5	97.0
NS	2.3	99.2
NC	.8	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 36**  
**La homosexualidad es la causa del SIDA en México**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	17.4	17.4
No	80.3	97.7
NS	1.5	99.2
NC	.8	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 37**  
**Trabajaría con un(a) colega que tiene VIH/SIDA**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	97.0	97.0
No	2.3	99.2
NS		
NC	.8	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 38**

**Es necesario realizar pruebas obligatorias de VIH/SIDA a los hombres que tienen sexo con otros hombres**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	68.2	68.2
No	31.1	99.2
NS		
NC	.8	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 39**

**Es necesario realizar pruebas obligatorias de VIH/SIDA a los/las trabajadores(as) del sexo comercial**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	84.1	84.1
No	15.2	99.2
NS		
NC	.8	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 40**

**Debe hacerse pública la información sobre las personas que tienen VIH/SIDA**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	6.8	6.8
No	91.7	98.5
NS	.8	99.2
NC	.8	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 41**

**Debe aislarse de la sociedad a las personas viviendo con VIH/SIDA**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	1.5	1.5
No	97.7	99.2
NS		
NC	.8	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 42**

**Las personas viviendo con VIH/SIDA son más exigentes en sus derechos que otros pacientes**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	36.4	36.4
No	55.3	91.7
NS	7.6	99.2
NC	.8	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 43**

**Debe permitirse que la iglesia intervenga en las campañas de prevención de VIH/SIDA**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	34.8	34.8
No	61.4	96.2
NS	3.0	99.2
NC	.8	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 44**

**Debe impedirse a las personas viviendo con VIH/SIDA utilizar servicios públicos como baños y albercas**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	11.4	11.4
No	85.6	97.0
NS	2.3	99.2
NC	.8	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 45**

**Los jefes o patrones deben tener derecho a conocer la condición serológica al VIH de sus empleados(as)**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	27.3	27.3
No	69.7	97.0
NS	.8	97.7
NC	2.3	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 46**

**Es necesario realizar pruebas de detección de VIH a todos(as) los/las mexicanos(as)**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	39.4	39.4
No	59.1	98.5
NS		
NC	1.5	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 47**

**Debe el gobierno realizar pruebas de detección de VIH a todos(as) las personas que ingresan a nuestro país**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	45.5	45.5
No	53.0	98.5
NS		
NC	1.5	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 48**

**Se le debe prohibir la entrada a nuestro país a una persona extranjera viviendo con VIH/SIDA**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	15.2	15.2
No	82.6	97.7
NS	.8	98.5
NC	1.5	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 49**

**El ser persona viviendo con VIH/SIDA es un castigo por sus comportamientos**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	8.3	8.3
No	87.9	96.2
NS	2.3	98.5
NC	1.5	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 50**

**Es difícil hablar de sexualidad con hombres que tienen sexo con otros hombres**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	16.7	16.7
No	77.3	93.9
NS	3.8	97.7
NC	2.3	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 51**

**Es difícil hablar de sexualidad con mujeres**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	5.3	5.3
No	92.4	97.7
NS		
NC	2.3	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 52**

**Le es molesto atender a usuarios de drogas intravenosas**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	9.1	9.1
No	87.1	96.2
NS	2.3	98.5
NC	1.5	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 53**

**Le es molesto atender a travestis**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	9.1	9.1
No	86.4	95.5
NS	2.3	97.7
NC	2.3	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 54**

**Compartiría su casa con una persona homosexual**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	73.5	73.5
No	22.0	95.5
NS	2.3	97.7
NC	2.3	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 55**

**Permitiría que sus hijos/sobrinos jueguen con un niño que tiene VIH/SIDA**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	81.8	81.8
No	14.4	96.2
NS	2.3	98.5
NC	1.5	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 56**

**Está usted de acuerdo con la unión legal entre personas del mismo sexo en nuestro país**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	40.9	40.9
No	54.5	95.5
NS	3.0	98.5
NC	1.5	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 57**

**Es necesario realizar pruebas obligatorias de detección de VIH a médicos, enfermeras y dentistas**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
Sí	62.1	62.1
No	34.8	97.0
NS	.8	97.7
NC	2.3	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 58**

**¿Qué personas pueden transmitir el VIH?**

Categorías	Porcentaje
Hombres que tienen sexo con otros hombre	43.2%
Hombres heterosexuales	17.4%
Mujeres	5.3%
Niños	3.0%
Usuarios de drogas inyectables	34.1%
Personas en trabajo sexual comercial	31.1%
Otros	6.8%
Gente pobre	.8%
Todas las personas viviendo con VIH/SIDA	40.2%
Quienes recibieron transfusiones	8.3%
Personas con más de una pareja sexual	19.7%
NC	3.8%

Pregunta de respuesta múltiple por eso no suma 100%

Como puede observarse a partir de las frecuencias simples, la pregunta número 73 tiene opciones de respuesta distintas al resto de las preguntas contempladas. Por ello, y debido a que el resto de las variables siguen un mismo patrón, se prefirió excluir a ésta variable del cálculo del índice, y entonces al finalizar el procedimiento se realizará un cruce de esta pregunta con el índice final que se construya.

Para que el resto de las preguntas quedaran estandarizadas y pudieran ser incluidas en el índice, se procedió a su remodificación, de tal forma que se les asignó el código "1" cuando la opción seleccionada por el entrevistado denotaba conocimiento acerca de la transmisión y derechos de las personas con VIH/SIDA, y se les asignó el código "0" en cualquier otro caso.

Con base en lo anterior, se realizó un análisis de componentes principales, con el objetivo de verificar la unidimensionalidad de los datos (requisito indispensable para realizar un índice sumado), lo anterior se logró utilizando como técnica estadística el análisis de fiabilidad de Cronbach.

Al final, el ejercicio arrojó doce componentes cuyos eigenvalores fueron mayores a 1, este es uno de los parámetros empíricos para decidir acerca de la importancia de un componente.

El primer componente principal es el que agrupa a las variables en el sentido teórico esperado. Sin embargo, la variabilidad total explicada por este es muy baja (apenas el 17%), ello se debe a que hay una gran cantidad de ideas dispersas que se derivan de las preguntas analizadas, lo cual, genera que las correlaciones entre las variables sean bajas. Para asegurarnos de la afirmación anterior, se corrió un análisis de correlaciones tipo Kendall.

Entonces, del análisis anterior, se concluyó que la correlación más alta se dio entre las preguntas 32 y 33, que la mayoría de las correlaciones entre las



variables no son significativas, y que, incluso, hay tres relaciones entre preguntas, cuya correlación es negativa, siendo la mayor la existente entre las preguntas 45 y 47, con un valor de -30.

Entonces, utilizando las correlaciones significativas como una medida de distancia (aplicable para este caso) se procedió a lo siguiente:

1. Se busca la correlación más alta no examinada, y se procedió a su examen, en el caso de haber llegado a la correlación más baja, se termina el procedimiento.
2. Si la correlación se asocia a dos variables previamente unidas (por medio de otra variable), se regresa al paso 1. En caso contrario se continúa.
3. Se unen las dos variables y se regresa al paso 1.

Con el procedimiento anterior, se logra agrupar a las variables. La correlación (significativa) existente entre las preguntas 45 y 47, 35 y 47, y 58 y 65 es negativa (-0.30, -.19 y -0.17 respectivamente), sin embargo, el algoritmo las une en niveles de correlación (positiva) de 0.27, 0.27, y 0.33. Por lo anterior, se decidió realizar el corte al nivel de 0.335, y analizar en ese nivel el número de grupos formados por el algoritmo.

Así, se formaron un total de 8 grupos, el primer grupo fue formado con las variables correspondientes a las preguntas 32, 33, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 48, 49, 56, 57, 58, 59, 60, 61 y 62.

El segundo grupo se conformó con las preguntas 34, 43, 46 y 47, el tercero con las preguntas 35, 51, 53 y 63, el cuarto grupo se conformó con las siguientes preguntas 54, 55 y 65, finalmente los grupos 5, 6, 7 y 8 quedaron formados cada uno con una sola pregunta, 36, 50, 52 y 69 respectivamente.

Adicionalmente, se procedió al análisis de fiabilidad, con el objetivo de descartar variables una a una. Esto se hace porque el análisis obtiene para cada variable, el Alfa de Cronbach que se obtendría si dicha variable fuera eliminada, resulta evidente que si el alfa aumenta con la eliminación de una variable, esa variable está afectando al índice y debe salir del cálculo, siempre y cuando no existen razones teóricas de importancia para mantenerlo.

Dicho lo anterior, el procedimiento que va seguir se resume de la siguiente manera, se calculó el alfa de Cronbach con todas las variables incluidas, así el valor alcanzado fue de 0.814, por lo que se identificó que las variables que afectaron al índice (negativamente, es decir, las que disminuían el valor del alfa de Cronbach), y que por esta razón se eliminaron del cálculo fueron las correspondientes a las preguntas 35, 50, 51 y 65.

El nuevo cálculo arrojó un alfa de 0.822, por lo que se procedió a identificar y eliminar las variables correspondieron a las preguntas 41 y 47, que afectaban el valor del índice en este paso del proceso.

El nuevo cálculo arrojó un alfa de 0.823, en este momento, se observó que ninguna de las variables contribuía con su eliminación al aumento del valor total del índice. Sin embargo, se eliminaron las variables correspondientes a las preguntas 34, 38, 39, 43, 44, 53, 54, 55 y 56 por afectar severamente la varianza del índice. De hecho, después de su eliminación, la varianza del mismo disminuyó en más de un 75% (al pasar de un valor de 17 a 4).

Entonces, siguiendo con el procedimiento, el nuevo cálculo arrojó un alfa de 0.748 y las variables eliminadas correspondieron a las preguntas 46 y 64. Nuevamente el cálculo arrojó un alfa de 0.766 y las variables eliminadas correspondieron a las preguntas 36 y 52. Por último, el nuevo cálculo arrojó un alfa de 0.776 y se observa que ninguna de las variables incluidas contribuye al aumento del valor del

índice, y tampoco contribuyen significativamente a la disminución de la varianza del mismo.

Así, el grupo obtenido por el procedimiento anterior, consistió en las variables correspondientes a las preguntas 32, 33, 37, 40, 42, 45, 48, 49, 57, 58, 59, 60, 61, 62 y 63. Este grupo está contenido en el grupo 1 obtenido por el algoritmo de agrupamiento de variables descrito anteriormente, salvo por la variable correspondiente a la pregunta 63.

Por ello, se eliminó a dicha variable del índice, sin ser afectado. Después de su eliminación, y siguiendo un procedimiento similar al descrito en el punto anterior, también se eliminaron las variables correspondientes a las preguntas 40, 58 y 62. Después de ello, se corrió nuevamente el análisis de fiabilidad obteniendo así un Alfa de Cronbach que alcanza un valor de 0.770.

No obstante lo anterior, la sumabilidad del índice queda descartada por la prueba de sumabilidad de Tukey. Ello indica que existen efectos multiplicativos, es decir, que no todas las variables quedan en el mismo sentido. Por lo anterior, se utilizó un análisis de componentes principales para alcanzar la sumabilidad.

El análisis de componentes principales, indica que el primer componente principal agrupa a las variables en el sentido teórico esperado. Sin embargo, la importancia de dicho componente principal sigue siendo baja (explica poco menos del 31% de la variabilidad total). Aunque el porcentaje explicado es bajo, aumentó en comparación con la prueba anterior, y las variables que más influyen en el primer componente principal son las correspondientes a las preguntas 32, 60 y 33.

Una vez que se decidió tomar como el índice al primer componente principal se procedió a construir 3 categorías, mismas que fueron: “conocimiento total”, cuando la persona contestó correctamente los 11 reactivos, “conocimiento aceptable”,

cuando la persona contestó incorrectamente a 1 reactivo, y “desconocimiento”, cuando la persona contestó incorrectamente más de 1 reactivo.

La pregunta 73, no considerada originalmente para la construcción del índice, se cruzó con el índice resultante, de tal forma que cada fila suma el 100%. Por ejemplo, del total de personas que mencionaron que todas las personas viviendo con VIH/SIDA pueden transmitir VIH/SIDA, el 67.9% tuvo un índice de conocimiento del VIH total, el 13.2% un conocimiento aceptable, y el 18.9% cae en la categoría de desconocimiento.

De manera adicional, con aquellas variables que fueron descartadas del análisis, se decidió construir una dos índices diferentes:

1) En el índice de Obligatoriedad de Pruebas de Detección se incluyeron las preguntas 36, 46, 47, 54, 55, 65.

2) Para el índice de homofobia se tomaron en cuenta las preguntas 40, 44, 58, 62, 64.

**Cuadro N° 59**

Personas pueden transmitir VIH/SIDA	Índice de conocimiento del VIH (Transmisión y Derechos)		
	Conocimiento Total	Conocimiento Aceptable	Desconocimiento
Hombres que tienen sexo con otros hombres	56.10%	17.50%	26.30%
Hombres heterosexuales	69.60%	8.70%	21.70%
Mujeres	42.90%	28.60%	28.60%
Niños	50.00%	50.00%	0.00%
Usuarios de drogas inyectables	60.00%	20.00%	20.00%
Personas en trabajo sexual comercial	46.30%	31.70%	22.00%
Otros	66.70%	22.20%	11.10%
Gente pobre	0.00%	100.00%	0.00%
Todas las personas viviendo con VIH/SIDA	67.90%	13.20%	18.90%
Quienes recibieron transfusiones	63.60%	9.10%	27.30%
Personas con más de una pareja sexual	69.20%	11.50%	19.20%
NC	40.00%	0.00%	60.00%

Entonces, para la construcción del índice de obligatoriedad de la prueba, igual que en los casos anteriores, se le realizó un análisis de componentes principales para verificar la unidimensionalidad de la escala. El análisis muestra que el primer componente principal agrupa al 35% de la varianza total explicada, y que tiene a las variables orientadas en el sentido esperado.

Para verificar el hecho de que las variables están correlacionadas positivamente, se realizó un análisis de correlación de Kendall. A partir de dicho análisis se puede observar que las variables correspondientes a las preguntas 36, 47 y 54 son las que tienen el menor número de correlaciones significativas, siendo la primera de ellas la que presenta la menor correlación, y la única expresada en sentido positivo. Por ello, fue eliminada de análisis posteriores.

Ya sin esa variable, se ejecutó nuevamente el análisis de componentes principales, y el primer componente principal subió su relevancia, al explicar el 40% de la variabilidad total.

Ejecutando el análisis de fiabilidad, se concluye que el Alfa de Cronbach alcanzada es de 0.62, relativamente bajo. Ello, y el hecho de que existen al menos dos dimensiones significativas, llevó a la necesidad de utilizar para el cálculo del índice a el primer componente principal.

Para el caso del índice de homofobia, se procedió de la misma manera que en el índice anterior, así una vez extraída el componente principal, se realizaron tres categorías para el índice: “Ninguna / casi ninguna” en el caso de los encuestados que no consideraron obligatoria ninguna, o sólo consideraron obligatoria una de las pruebas consideradas en las preguntas; “Algunas” si consideraron obligatorias dos o tres de las pruebas consideradas en las preguntas; “Todas / Casi todas” si consideraron obligatorias cuatro o cinco de las pruebas consideradas.

El análisis de componentes principales arroja como resultado la existencia de, al menos, dos dimensiones en las cuales se puede resumir el sentido de las variables utilizadas. Ello descarta la unidimensionalidad de los datos.

Adicionalmente, se realizó un análisis de correlación tipo Kendall, según el cual, se puede observar que la variable que menor relación tiene con el resto es la correspondiente a la pregunta 58, la cual, a su vez, es la que tiene la menor importancia al interior del primer componente principal. Entonces, con base en lo anterior se procedió a descartar a dicha variable.

Una vez eliminada la variable correspondiente a la pregunta 58, se procedió de igual forma que en el punto anterior. El análisis de componentes principales arrojó en esta ocasión, un sólo componente principal relevante. Lo anterior es el primer paso que se debe de garantizar para realizar un índice sumado, de acuerdo al análisis de consistencia interna de Cronbach. Sin embargo, al ejecutar ese análisis, el alfa alcanza apenas el 0.499, un valor relativamente bajo. Además, el análisis de aditividad de Tukey muestra que adentro de las variables se presentan efectos multiplicativos que tampoco hacen adecuado el manejo de la suma como una forma de realizar el índice. Es por ello, que se decidió realizarlo por medio del primer componente principal.

Así, a partir del primer componente principal, se construyeron 3 categorías:

- No homofóbicos. Ninguna de las cuatro variables consideradas presenta esta situación.
- Poco homofóbicos. Sólo una de las variables presenta esta situación (excepto por la pregunta 44).
- Muy homofóbicos. Más de una de las variables consideradas presenta esta situación.

Ahora, en cuanto a la posibilidad de aislar a las personas que son portadoras del VIH o han adquirido el SIDA, se propone la construcción de un índice que este conformado por las siguientes preguntas.

**Cuadro N° 60**

**Para proteger a otros pacientes, yo prefiero que a las personas con VIH/SIDA, cuando son hospitalizados, se les coloque en sitios aislados**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
De acuerdo	33.3	33.3
En desacuerdo	62.9	96.2
NC	3.8	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 61**

**Para proteger a las personas viviendo con VIH/SIDA de adquirir otras enfermedades yo prefiero que se les coloque en sitios aislados**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
De acuerdo	68.9	68.9
En desacuerdo	28.0	97.0
NC	3.0	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 62**

**Yo prefiero que a los pacientes con VIH/SIDA se les coloque en sitios aislados en el hospital para proteger al personal de salud**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
De acuerdo	23.5	23.5
En desacuerdo	72.7	96.2
NC	3.8	100.0
Total	100.0	

**Cuadro N° 63**

**Yo prefiero que a los pacientes con VIH/SIDA no se les aisle, porque no hay razones para hacerlo, siempre y cuando se tomen las medidas necesarias de precaución universal con todos los pacientes**

	Frecuencia	Frecuencia acumulada
De acuerdo	82.6	82.6
En desacuerdo	15.2	97.7
NC	2.3	100.0
Total	100.0	

Para que las variables quedaran en un mismo sentido, se recodificaron de tal forma que se les asignó el código “1” cuando la opción seleccionada por el entrevistado denotaba el uso del aislamiento como una forma de protección para el propio paciente infectado de VIH/SIDA, y se les asignó el código “0” en otro caso.

**Cuadro N° 64**

<b>SÍ ESTÁ DE ACUERDO</b>	<b>NO ESTÁ DE ACUERDO</b>
70.- Para proteger a las personas viviendo con VIH/SIDA de adquirir otras enfermedades yo prefiero que se les coloque en sitios aislados	69.- Para proteger a otros pacientes, yo prefiero que a las personas con VIH/SIDA, cuando son hospitalizados, se les coloque en sitios aislados
72.- Yo prefiero que a los pacientes con VIH/SIDA no se les aisle, porque no hay razones para hacerlo, siempre y cuando se tomen las medidas necesarias de precaución universal con todos los pacientes	71.- Yo prefiero que a los pacientes con VIH/SIDA se les coloque en sitios aislados en el hospital para proteger al personal de salud

Teniendo en cuenta lo anterior, se realizó el análisis de componentes principales para verificar la unidimensionalidad de los datos. De dicho análisis se desprende que existen al menos dos variables que resumen la variabilidad conjunta de las cuatro variables comprendidas. Lo más importante de éste análisis fue que, el primer componente principal que agrupa a las variables en el sentido del índice, anula a la variable correspondiente a la pregunta 70, contrario a lo que sucede con la segunda componente principal.

Entonces, al realizar un análisis de correlación tipo Kendall entre las variables involucradas, se descubrió que ésta variable tiene un comportamiento independiente al resto.

**Cuadro N° 65**  
**Total de Varianza Explicada**

Componente	Eigenvalues inicial			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	1.926	48.145	48.145	1.926	48.145	48.145
2	1.007	25.186	73.331	1.007	25.186	73.331
3	.717	17.925	91.256			
4	.350	8.744	100.000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.



**Cuadro N° 66**  
**Matriz de Componentes**

	Componentes	
	1	2
69.- Para proteger a otros pacientes, yo prefiero que a las personas con VIH/SIDA, cuando son hospitalizados, se les coloque en sitios aislados	.823	-.029
70.- Para proteger a las personas viviendo con VIH/SIDA de adquirir otras enfermedades yo prefiero que se les coloque en sitios aislados	-.075	.994
71.- Yo prefiero que a los pacientes con VIH/SIDA se les coloque en sitios aislados en el hospital para proteger al personal de salud	.875	.133
72.- Yo prefiero que a los pacientes con VIH/SIDA no se les aisle, porque no hay razones para hacerlo, siempre y cuando se tomen las medidas necesarias de precaución universal con todos los pacientes	.691	-.025

Método de extracción: Análisis de Componentes Principales.

**Cuadro N° 67**

CORRELACIONES TIPO KENDALL ENTRE LAS PREGUNTAS				
	p69	p70	p71	p72
p69	1.00	-0.08	0.62**	0.31**
p70	-0.08	1.00	0.03	-0.05
p71	0.62**	0.03	1.00	0.44**
p72	0.31**	-0.05	0.44**	1.00

La correlación es significativa al nivel 0.01 (dos colas).

Por las razones expuestas anteriormente, se decidió eliminar a la pregunta 70 del cálculo del índice. Hecho esto, un análisis de fiabilidad aplicado entre las tres variables restantes, arrojó un alfa de Cronbach con un valor de 0.717, sin embargo, el análisis de sumabilidad de Tukey no puede descartar la existencia de efectos multiplicativos entre las variables.

Por lo anterior se decidió realizar el índice por medio del primer componente principal, mismo que, al ser calculado entre las tres variables restantes, explica poco más del 64% de la variabilidad total.

**Cuadro N° 68**

Alfa de Cronbach	Número de Items
.717	3

**Cuadro N° 69**  
**Total de Varianza Explicada**

Componentes	Eigenvalues Inicial			Suma de Cuadrados		
	Total	Porcentaje de Varianza	Porcentaje acumulado	Total	Porcentaje de Varianza	Porcentaje acumulado
1	1.923	64.102	64.102	1.923	64.102	64.102
2	.717	23.909	88.012			
3	.360	11.988	100.000			

Método de Extracción: Análisis de Componentes Principales

**Cuadro N° 70**  
**Component Matrix(a)**

	Componentes
	1
69.- Para proteger a otros pacientes, yo prefiero que a las personas con VIH/SIDA, cuando son hospitalizados, se les coloque en sitios aislados	.822
71.- Yo prefiero que a los pacientes con VIH/SIDA se les coloque en sitios aislados en el hospital para proteger al personal de salud	.879
72.- Yo prefiero que a los pacientes con VIH/SIDA no se les aisle, porque no hay razones para hacerlo, siempre y cuando se tomen las medidas necesarias de precaución universal con todos los pacientes	.690

Método de extracción: Análisis de Componentes Principales.

Así, una vez realizado el cálculo del índice, se cerró a tres categorías:

**Cuadro N° 71**  
**Índice de aislamiento**

	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Aislamiento por protección del paciente de VIH/SIDA	55.3	55.3
Postura Indefinida	18.2	73.5
Aislamiento para protección de personas que tratan al infectado	26.5	100.0
Total	100.0	

A partir del análisis anterior y en términos generales, se puede decir que, la construcción del índice con las variables propuestas es correcta, sin embargo se

debe destacar que para el nuevo instrumento se tendrá que cuidar el fraseo de las preguntas, además, de que se debe considerar la posibilidad de incluir algunos otros reactivos (o excluir algunos de los ya existentes), esto como forma de obtener una mejor consistencia interna, y para que dichos reactivos logren agruparse en una variable que explique al menos el 40% de la variabilidad del concepto que se pretende medir con las variables que se ponen en juego.

A modo de síntesis de este apartado, una vez concluido el análisis de las preguntas y los reactivos, se está en condiciones de sugerir los cambios pertinentes y en consecuencia, construir el instrumento final que se debería utilizar para medir de manera eficiente y precisa el estigma y la discriminación que sufren los pacientes con VIH/SIDA por parte del personal de salud de los servicios sanitarios mexicanos.

## **VII. Algunas consideraciones antes de continuar**

Como se mencionó al principio de este trabajo y citando a Goffman, el término estigma hace referencia a un atributo profundamente desacreditador, pero lo que en realidad se necesita es un lenguaje de relaciones, no de atributos. Un atributo que estigmatiza a un tipo de poseedor puede confirmar la normalidad de otro y, por consiguiente, no es no honroso ni ignominioso en si mismo.

Además, se puede agregar que el término estigma y sus sinónimos ocultan una doble perspectiva, el individuo estigmatizado, ¿supone que su calidad de diferente ya es conocida o resulta evidente en el acto, o que, por el contrario, esta no es conocida por quienes lo rodean ni inmediatamente perceptible para ellos? En el primer caso estamos frente a la situación del desacreditado, en el segundo frente a la del desacreditable (Goffman, 1963)<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Goffman E., (1963), "Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity", Prentice Hall, New Jersey.

Por lo que se puede percibir su respuesta defensiva a esta situación como una expresión directa de su defecto, y considerar entonces que tanto el defecto como la respuesta son el justo castigo de algo que él, sus padres o su tribu han hecho, y que justifica, por lo tanto, la manera como lo tratamos (Goffman, 1963).

Los párrafos anteriores fijan, de alguna manera, la línea por la cuál nuestro trabajo debe seguir, a partir del análisis de la Encuesta REDVIH/SIDA\_0 se podrá establecer cuales reactivos serán pertinentes y eficientes para crear indicadores claros y precisos que midan el estigma y la discriminación, pero también este trabajo mostrara cuales cosas deben sufrir cambios, estos cambios en que sentido deben darse, y por último, que instrumento sería el mas pertinente para medir los atributos o las conductas deseadas y el cual se debería establecer como REDVIH/SIDA\_1.

Entonces, a continuación se desarrollan una serie de apartado con miras a que el producto final sea además del instrumento mencionado, una documento teórico que le de sustento, y un material que recoja los aspectos metodológicos para la construcción de los índices específicos y su forma de medición en términos de lo que se debería tener en cuenta a la hora del trabajo de campo.

## **VIII. Aportes teóricos sobre VIH/SIDA, estigma y discriminación**

### **VIII.1. Contexto general para el análisis del estigma y la discriminación relacionado con el VIH/SIDA**

La epidemia de VIH/SIDA es actualmente uno de los más graves problemas de salud que afectan a la población mundial. Más de 25 millones de personas han muerto a causa de la enfermedad en todo el mundo y más de 40 millones viven con el VIH/SIDA. Actualmente, se estima que en el continente americano alrededor de 2,8 millones de personas viven con el VIH, con importante niveles en las tendencias de la transmisión de la epidemia según las regiones. Así, en

América Latina hay 1,4 millones de personas que viven con el VIH/SIDA; en el Caribe, 420.000, y en América del Norte, 940.000 (OPS, 2005).

Pero además de este aspecto puramente biológico o clínico, el VIH/SIDA ha tenido, y tiene, un fuerte componente social y humano: *“En estos veinticinco años hemos visto en demasiadas ocasiones cómo las personas que viven con VIH/SIDA han sufrido las consecuencias del estigma y la discriminación basadas en la desinformación y el miedo”* (Informe FIPSE, 2005).

El estigma y la discriminación en relación con el VIH/SIDA son tan antiguos como la epidemia misma. En todos los países y los medios social, desde que se detectó la enfermedad las personas VIH positivas, o que se presume que lo son, han sido objeto de reacciones negativas, que comprenden maltrato físico y verbal, pérdida del hogar, empleo, rechazo familiar, cónyuges y amigos y la violación de los derechos básicos y de las libertades fundamentales. Todo ello ampliamente documentado (OPS, 2005).

A esto se agrega para el caso específico de México el hecho que *“se han explorado poco las percepciones que los proveedores de servicios de salud tienen de los grupos históricamente estigmatizados y relacionados con la transmisión de la infección por el VIH (...) no existen estudios en el campo de la salud pública en México que analicen los procesos de interacción entre los proveedores de servicios de salud y las personas que viven con el VIH SIDA cuando estas acuden a solicitar servicios de salud”* (Infante et al, 2006).

Varias investigaciones<sup>14</sup> han documentado la existencia de una importante relación entre la información y los conocimientos que poseen el personal médico y los prestadores de servicios de salud y los mitos y creencias asociados al VIH SIDA, situación que deviene la mayoría de las veces, en prácticas discriminatorias y estigmatizadas hacia los pacientes infectados. La trascendencia de esta situación

---

<sup>14</sup> Véase entre otras Bronfman y Castro (1997), Parker y Aggleton (2003) e Infante et al (2006).

está en las repercusiones que estigmatizar y discriminar tienen tanto en la utilización de los servicios de salud, como en el acceso a información para la prevención y el tratamiento.

Un informe publicado recientemente por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) revela que los pacientes con VIH son objeto de estigma y discriminación tanto por parte de médicos, enfermeras y otros proveedores de atención de salud, como por integrantes de la sociedad en general (OPS, 2005).

En este informe de la OPS se analizan resultados de investigaciones relacionadas con las actitudes y los métodos de los proveedores de atención de salud, así como experiencias de pacientes con VIH, y se comprueba que el estigma y la discriminación amenazan no sólo la calidad de atención sino también los esfuerzos por controlar la propagación de la epidemia. Señala la OPS que entre las principales consecuencias negativas del estigma y la discriminación está una mayor sensación de aislamiento social y depresión en las personas que viven con VIH/Sida. Por otra parte, esas actitudes desalientan a las personas a someterse a las pruebas para detectar el VIH, lo que disminuye sus oportunidades de recibir la atención médica necesaria y, por ende, el alcance y la eficacia de las iniciativas de prevención se ven limitados (OPS, 2005).

Como conclusión positiva el informe evidenció que la discriminación disminuye a medida que aumentan los conocimientos acerca de la enfermedad y que los tratamientos nuevos reducen la percepción del SIDA como una *sentencia de muerte*. Según investigaciones analizadas en el informe, la mayoría de los trabajadores de salud expresan actitudes neutrales o positivas hacia los pacientes con VIH/Sida. Sin embargo, los pacientes mismos hablan de experiencias generalizadas de discriminación en los entornos de atención de salud. No sólo quienes son seropositivos sienten los efectos de la discriminación, sino también quienes son vistos como miembros de grupos estigmatizados, tales como los usuarios de drogas intravenosas y los homosexuales (OPS, 2005).

La complejidad del tema hace posible su abordaje desde al menos dos dimensiones; los procesos de construcción del estigma de forma interna y externa por una parte, y la discriminación y estigmatización en los servicios de salud por la otra.

### **VIII.2. Acceso a la salud de pacientes con VIH SIDA: nuevas perspectivas analíticas desde la estigmatización y la discriminación. Hacia la construcción de indicadores**

Uno de los intereses planteados mediante el diseño de indicadores que permitan una aproximación a la medición de la discriminación, es el de promover nuevas estrategias analíticas y conceptuales para abordar este problema tan persistente en el entorno de los servicios de salud.

En esta búsqueda se trata de elaborar el estudio de los procesos simbólicos de discriminación con el de las prácticas cotidianas de estigmatización, el tema del reconocimiento y la aceptación de la generación de estereotipos, con la cuestión de la inclusión y el respeto en el trato a los pacientes.

#### **VIII.2.1. El marco general de la opresión social de los grupos subordinados**

En la historia y las distintas sociedades han existido formas de discriminación, rechazo, marginación y dominio de diferentes grupos sociales, en muchos casos con el objeto de sostener diferentes formas de privilegio y amparados por la propia organización política de la sociedad. Sin embargo, también han existido y existen dimensiones de la discriminación mayormente anclados en procesos culturales y simbólicos que reconocen a una cultura dominante como la norma, y desvaloriza a los grupos o personas que la misma esta misma cultura califica como inferiores o despreciables.

De esta manera, diversas categorías de personas pueden verse oprimidas de diferentes formas sin que exista ninguna voluntad política de hacerlo. Es decir, en muestras actuales sociedades liberales, que han consolidado o buscan consolidar instituciones democráticas, se reconoce la igualdad de todas las personas y el reconocimiento de sus derechos, pero permanecen prácticas de discriminación y marginación hacia ciertos grupos sociales, prácticas que apoyadas en valores y símbolos culturales existentes se inscriben en reglas institucionales y se reflejan en sus consecuencias cotidianas. Se reproducen de esta forma una serie de injusticias a grupos sociales subordinados que no dependen directamente para su modificación de un cambio de gobierno o de una reforma legislativa –más allá de la importancia de la ausencia de discriminación en los marcos legales-, ya que se encuentra inscrita en distintas instituciones económicas, sociales y culturales de nuestra comunidad.

En un sentido foucaultiano no se trata de un ejercicio de poder de arriba hacia abajo de un gobernante sobre un súbdito, sino del poder como efecto de un número importante de prácticas de instituciones burocráticas, educativas, sanitarias, etcétera, en muchos casos con un objetivo bien intencionado de “humanizar” las condiciones de vida de la población (Foucault, 1992)<sup>15</sup>.

Existen distintos grupos sociales que pueden ser y son marginados y desvalorizados: gente desempleada, personas adultas mayores, madres solteras, población indígena, personas con discapacidad o enfermas mental o físicamente. La marginación se refleja, entre otras consecuencias negativas, en privaciones materiales que en algunos casos son enfrentadas por políticas sociales compensatorias. Sin embargo, la propia condición de dependencia de instituciones burocráticas los coloca en una situación que favorece que sean tratadas de manera paternalista, pero también degradante y arbitraria. Por estar en una situación de dependencia se les considera injustamente como faltos de autonomía y el prestador del servicio, por ejemplo del servicio de salud, asume que puede

---

<sup>15</sup> Vigilar y castigar: el nacimiento de la prisión. 1974, Siglo XXI, Madrid.



tomar las decisiones que son más “adecuadas” para la persona, manejando su arbitrio la posibilidad o no de comunicarle las razones de su actuación. De esta forma, se terminan violando derechos básicos referidos a la privacidad, la decisión individual y la dignidad de las personas.

Los enfermos de VIH SIDA caen perfectamente en esta categoría al ser un grupo marginado de diferentes maneras, y dependiente de los servicios sociales de salud. No solamente hay que considerar la posibilidad de que se le niegue la atención sanitaria necesaria, sino que ésta misma sea otorgada de manera que refleje la pérdida de derechos ciudadanos con que suele tratarse a los grupos que se consideran como marginales y dependientes.

Las experiencias y la cultura de los grupos dominantes o hegemónicos en una sociedad son aquellas que son valoradas como la cultura “normal”, y a partir de la cual pueden construirse diferencias con otros grupos en términos de negación o de inferioridad. Los grupos con atributos o una cultura diferente son vistos como “otros”, y se ven confinados a una serie de estereotipos y valoraciones negativas. A partir de estas relaciones, como señala Iris Marion Young los grupos culturalmente dominados son a la vez invisibles y señalados. Invisibles porque la perspectiva cultural dominante no es vista como lo que es, como una perspectiva más, mientras que se deja escaso lugar a las perspectivas o experiencias marginadas. A su vez son señalados y confinados por una serie de estereotipos que se impone a los grupos subordinados, a su experiencia y formas de interpretar su vida en sociedad<sup>16</sup> (Young, 1990).

Los grupos marginados y discriminados difícilmente pueden olvidar esta identidad desvalorizada que la cultura dominante les impone por el hecho de que las interacciones cotidianas que tienen con otras personas les hacen volver sobre ella

---

<sup>16</sup> “Estos estereotipos permean la sociedad de tal modo que no se perciben como cuestionables. Cualquiera sabe que la gente gay es promiscua, que los indígenas son alcohólicos y que las mujeres son aptas para el cuidado de los niños. Los hombres blancos, por otra parte, en la medida que están libre de señales de grupo, pueden ser individuos.” (Young, 1990, pp. 104.).

continuamente. La discriminación es así parte constitutiva de sus procesos de identidad, y por ende de falta de autoestima y de reconocimiento. A los actos directamente discriminatorios se suman la forma de dirigirse a ellos, al lenguaje utilizado, a los gestos, a la distancia o movimientos corporales.

Hoy en día las discriminaciones en función del sexo, la etnia, las discapacidades, la orientación sexual, la enfermedad, etcétera, ya no suelen reflejarse marcadamente en los marcos legales, ni tampoco en los discursos institucionales y/o académicos. En este nivel discursivo han perdido gran parte de su legitimidad. Sin embargo, permanece en las prácticas y comportamientos concretos de instituciones e individuos. No se trata de desconocer que muchas personas, e instituciones, aún sostienen creencias o ambientan prácticas sobre la inferioridad o valoración negativa de ciertos grupos sociales, sobre los que fundamentan sus comportamientos discriminatorios. Sin embargo, la discriminación también se sostiene sobre comportamientos que refieren a niveles más profundos y menos concientes de la conducta, donde se muestra cómo la discriminación en función de la raza, sexo, orientación sexual, en función de la edad o por discapacidades y enfermedades forma parte de estructuras profundas de las relaciones sociales actuales (Young, 1990).

De esta manera, muchas prácticas de discriminación se han alejado de lo que Anthony Giddens llama la conciencia discursiva de la acción, para dirigirse hacia la conciencia práctica, o al más profundo sistema de seguridad ontológica (Giddens, 1984)<sup>17</sup>. La conciencia discursiva refiere a aquellos aspectos de las situaciones en las que interactuamos y de las acciones que realizamos que se inscriben o expresan en discursos, o que acceden fácilmente a este nivel. La conciencia práctica, refiere a aspectos alejados de foco de atención del discurso, como por ejemplo, el manejo del cuerpo y su relación con otros cuerpos y objetos, así como otros elementos de la acción que se apoyan en un conocimiento presupuesto. El

---

<sup>17</sup> La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración. 1995, Amorrortu, Buenos Aires.

sistema de seguridad refiere a un nivel básico de identidad y seguridad que precisa el individuo para actuar en diferentes contextos sociales. Este nivel básico se asocia con el de las motivaciones de tipo inconciente. Según la ya citada Iris Marion Young *“el racismo, el sexismo, la homofobia, la discriminación en razón de la edad y la discapacidad se han retirado del nivel que Giddens refiere como conciencia discursiva.”* (Young: 1990, p.223).

El nivel de discriminación se manifestaría cada vez más en reacciones corporales, de comportamiento y en opiniones, valoraciones y sentimientos sobre las personas que no necesitan de la desvalorización explícita de los grupos para reproducir las relaciones de discriminación y por oposición, de privilegio. Esta hipótesis puede tener bastante relevancia en el tema que nos ocupa. La discriminación hacia personas enfermas de VIH SIDA, más aún por integrantes de instituciones de salud pública que en general han recibido instancias de formación donde se refuerza la igualdad en el trato a todos los usuarios y usuarias, puede no manifestarse de manera clara en el nivel discursivo propio de una encuesta. Esta posible subrepresentación en la captación de formas de discriminación puede expresarse en dos niveles. Por un lado, por un cada vez mayor conocimiento por parte de los encuestados de la deseabilidad social de las respuestas “correctas” sobre el trato y la valoración que deben recibir los enfermos de VIH SIDA. En segundo lugar, pueden tratarse de individuos que creen concientemente en el igual respeto a todas las personas, pero que continúan desarrollando comportamientos, reacciones y valoraciones de tipo discriminatorio. Ambos procesos debilitan la posibilidad de captación de formas de discriminación vigentes utilizando un instrumento metodológico como la encuesta si ésta no es complementada por otras aproximaciones a las prácticas concretas de discriminación<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> Los resultados de la encuesta en los servicios de salud sobre la reducción del estigma y la discriminación relacionada con el VIH/SIDA en México nos muestra que tanto en el nivel de conocimiento como en las valoraciones de las y los entrevistados se expresan elementos cognitivos y valorativos que pueden ser la base de posibles prácticas discriminatorias, y este es un resultado válido que refleja actitudes de discriminación persistentes en la sociedad mexicana. Sin embargo, es posible que un desplazamiento de la discriminación del nivel que hemos llamado de

Este tipo de discriminación se vincula con formas de subordinación que no se expresa en el control directo de un grupo, sino en comportamientos de rechazo y separación. Este rechazo obedece a la vinculación, histórica y socialmente construida, que se establece en la cultura dominante de una sociedad entre ciertos grupos o personas, en particular sus cuerpos, los cuales se consideran contaminados, perversos, rechazables, etcétera. Este tipo de vínculo se establece con claridad en el racismo, la homofobia, así como en las discriminaciones a las personas mayores, con discapacidad y/o enfermas. Las personas de estos grupos amenazan la identidad de las personas de los grupos dominantes, en particular si interactúan con ellos como iguales, dando por resultado reacciones de nerviosismo y actitudes de rechazo. En particular la homofobia es el rechazo que mejor refleja este miedo a la amenaza de la identidad: *“La homofobia es uno de los más acentuados temores a la diferencia precisamente porque la frontera entre quién es gay y quién es heterosexual está construida como la más permeable; cualquiera puede transformarse en gay, especialmente yo; por lo tanto, la única manera de defender mi identidad es darme la vuelta con una repugnancia irracional.”* (Young, 1990, p. 246).

La discriminación a una persona mayor de 70 años o enferma, en particular a una con VIH SIDA, también refleja estos miedos de lo “otro” que amenaza las fronteras de mi identidad ya que es enfrentarse con la propia muerte. Si todavía tomamos en consideración la relación que se establece entre homosexualidad y SIDA, se

---

conciencia discursiva hacia la conciencia práctica y el sistema de seguridad implique una realidad más preocupante de la que se manifiesta en la encuesta. La propia encuesta nos puede dar un resultado en esta línea: poco menos de la cuarta parte de los entrevistados acuerda aislar a los pacientes de SIDA para proteger al personal de salud, y un tercio lo hace para proteger a otros pacientes, 82.6% acuerda no aislarlos si se toman las precauciones necesarias, sin embargo, más de dos terceras partes también acuerda con aislarlos para proteger a los propios enfermos de sida de otras enfermedades. Algunas de estas respuestas que favorecen el aislamiento pero desde un lugar discursivo que no realiza una desvaloración del grupo, puede estar reflejando la continuidad de formas de discriminación bajo una mayor aceptación de un discurso de más igualdad y respeto. En este punto es necesario advertir que si bien el recurrir al instrumento de la encuesta es relevante y válido en muchos aspectos, deben buscarse estrategias metodológicas que utilicen otras vías para captar formas de discriminación a los enfermos de VIH SIDA, entre ellas la necesaria observación directa de prácticas de atención en los servicios de salud.

refuerzan los rasgos para reacciones de miedo, ansiedad y rechazo, y por tanto para la manifestación de diferentes formas de discriminación.

Este rechazo que sufren diversos grupos a los que hemos venido haciendo referencia, en particular para nuestro caso los enfermos de VIH SIDA, al ser la mirada que sobre ellos permanentemente reciben, pasa a formar parte de su propia identidad, desvalorizándose a sí mismos y las personas que comparten su situación<sup>19</sup>. De esta forma el estigma se construye, como toda identidad, por socialización, es decir por procesos interactivos que involucran su propia subjetividad y la mirada y acciones de otras personas.

### **VIII.2.2. El círculo vicioso del estigma y la discriminación**

Afirmar que el estigma y la discriminación existen en un círculo vicioso, es afirmar que el estigma facilita o promueve las actitudes discriminatorias y que estas actitudes a menudo se reflejan en comportamientos que dan lugar a actos de discriminación, que a su vez acentúan o favorecen el estigma.

El estigma se ha vinculado por mucho tiempo con enfermedades que provocan desfiguración, como es el caso de la lepra y el cólera. Como causa de desfiguración y muerte, el VIH/SIDA es campo fértil para que el estigma se arraigue.

Por estigma, partiendo de Goffman (1963), se entiende aquel atributo que desacredita socialmente a quien lo soporta, quien queda sometido a reacciones adversas, de hostilidad y de rechazo, que favorecen la soledad y el aislamiento social. El estigma es una realidad social de la que forma parte el mismo afectado, de manera que, como apunta también Goffman, produce culpabilidad, baja autoestima y desajustes emocionales en el sujeto con ese atributo.

---

<sup>19</sup> Como también viven la identificación positiva con sí mismos y los lazos sociales que establecen con gente de su grupo, establecen un experiencia de sí mismos más escindida, frágil y plural (Young, 1990).

Desde el análisis de Goffman el estigma inhabilita para la plena aceptación social de individuo y se asocia con la construcción de la identidad social. El estigma se asocia con la identidad en tanto proceso por el que los sujetos se inscriben en generalidades históricamente construidas y se definen a sí mismos a partir de ellas.

Por otra parte y siguiendo la reflexión de Parker, el estigma también tiene causas estructurales, en la medida en que *“el estigma está ligado al poder y al dominio en todos los niveles de la sociedad en su conjunto. Desempeña un papel clave en la producción y reproducción de las relaciones de poder. En última instancia, el estigma crea desigualdad social y se ve reforzado por ella. Tiene profundos orígenes en la estructura de la sociedad en su conjunto y en las normas y valores que rigen gran parte de nuestra vida cotidiana. Hace que algunos grupos sean subvalorados y avergonzados, y otros que se sientan superiores”*. Dicho de otro modo, *el estigma se padece (bien de forma percibida o experimentada), mientras que la discriminación es generada por actitudes y conductas hacia la población discriminada. Esto provoca una relación y un vínculo desiguales entre dos intervinientes, de manera que “cuando el estigma se instala, el resultado es la discriminación”* (Parker, 2005).

Goffman menciona la existencia de tres tipos de estigmas; unos asociados a problemas del cuerpo de las personas, otros vinculados con cuestiones del carácter de los individuos y finalmente un grupo relacionado con el país, la religión, los grupos étnicos o de referencia (en la actualidad, las marcas físicas han desaparecido, pero el estigma permanece, basado en uno o más factores, como edad, casta, clase, color, grupo étnico, creencias religiosas y sexo). Estas situaciones generan discriminación a partir del supuesto que la persona que tiene un estigma no es totalmente humana.

Se ha demostrado que allí donde los derechos humanos no son respetados, las poblaciones se convierten en más vulnerables. El estigma relacionado con el VIH SIDA, *“está ligado a tabúes sociales, como el sexo, el uso de drogas y la muerte, los niveles de ignorancia, negación de la realidad, miedo e intolerancia respecto a la enfermedad son enormes en la mayoría de las comunidades”* (<http://www.elmundo-lacronica.com>). Tiene a menudo que ver con las actitudes de la gente para con los demás. El estigma asociado con el VIH SIDA se basa en relaciones de poder ya existentes dentro de una sociedad y que están fundamentadas en el origen étnico, la raza, la posición económica, la orientación sexual y la posición social inferior de las mujeres, entre otras causas.

La Organización de las Naciones Unidas define la discriminación como la actitud de negar a individuos o grupos una igualdad en el trato que ellos desearían disfrutar. En este sentido el significado original de “discriminar” era simplemente observar las diferencias. Con el transcurso del tiempo, la palabra ha adquirido el significado de tomar actitudes que perjudiquen a personas que pertenecen a un grupo determinado, en particular a un grupo estigmatizado. De esta forma se ha llegado a considerar a la discriminación como el comportamiento negativo con respecto a los miembros de un grupo diferente, hacia el cual se tienen prejuicios y estereotipos determinados.

Es decir, si bien la palabra discriminación puede ser considerada en ciertos aspectos como mera diferenciación en un sentido neutro, cuando se utiliza en un contexto jurídico, es decir, como garantía frente a determinadas situaciones, significa no sólo diferenciar, sino establecer diferencias injustas. Se considera que el concepto de discriminación incluye el adjetivo de arbitraria, pues de lo contrario sería un simple trato diferente. De este modo se entiende por discriminación relativa al VIH SIDA aquella diferenciación injustificada que se produce sobre ese grupo desde un punto de vista estructural (marginación, pobreza, explotación, violencia) y de forma cotidiana por un rasgo no elegido, como es el de la seropositividad al VIH (Informe FIPSE, 2005).

Este concepto de discriminación asume que se debe a múltiples factores que conllevan, entre otras cosas, la idea de “estigma”. Se trata éste, de un concepto muy utilizado al hablar de los problemas de discriminación que sufren las personas con VIH/SIDA y muy relacionado con esta enfermedad. Es importante tener en cuenta, tanto la relación, como la diferenciación de ambos fenómenos a la hora de detectar prácticas discriminatorias.

La discriminación en los entornos de atención de salud se manifiesta de diversas maneras y puede tener como consecuencia que los tratamientos se retrasen, sean inadecuados o no se administren. A esto pueden sumarse la falta de respeto a la confidencialidad de la información sobre el paciente, conductas impropias y exceso de precauciones. El informe señala que la discriminación puede generar una falsa sensación de seguridad y hacer que los trabajadores de salud dejen de tomar las precauciones necesarias cuando atienden a pacientes que no se perciben como miembros de grupos estigmatizados.

A través de la estigmatización y de la discriminación, los pacientes con VIH/SIDA construyen una identidad con la cual se relacionan, se definen, pertenecen a grupos, etc. El paciente con VIH/SIDA se convierte en una persona definida por su enfermedad y es considerado como una clase específica de persona. ¿Cómo y con qué impactos e influencias el personal de la salud contribuye en esta construcción?



### **VIII.2.3. ¿Qué tienen que medir los indicadores asociados con el estigma y la discriminación a pacientes con VIH SIDA?**

Para contar con una visión global que permita un diseño integral de los instrumentos de medición y que articule las dimensiones analíticas-conceptuales del estigma y la discriminación, se analizan varias perspectivas a partir de las cuales en el siguiente apartado se especifica la construcción de indicadores propuestos.

Estas perspectivas se consideran por el aporte tanto teórico como experimental que brindan a la investigación, así como por el objetivo de lucha contra la no discriminación que plantean en su ejecución. Se trata del “Protocolo para la identificación de discriminación contra las personas que viven con VIH SIDA” de la Organización de las Naciones Unidas, y del programa “Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH SIDA en el sector salud” de la Organización Panamericana de la Salud.

#### **“PROTOCOLO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH SIDA”**

Sobre la amplia base de discusión teórica generada y hallazgos de múltiples investigaciones, en el año 2000 se presentó el Protocolo para la Identificación de Discriminación contra las Personas que Viven con el VIH (en adelante, Protocolo ONUSIDA).

El Protocolo propone el examen de tres fuentes de la discriminación arbitraria que pueden sufrir las personas que viven con VIH/SIDA: en aspectos de legislación cuestiones relacionadas con reglamentos y procedimientos internos de los organismos, organizaciones y grupos públicos o privados, y finalmente en la práctica cotidiana (Informe FIPSE, 2005). A partir de estas fuentes la herramienta

básica para generar los datos que aporten insumos para la construcción del indicador, se presentan en el siguiente cuadro;

**Formulario básico sobre discriminación arbitraria en áreas fundamentales**

Área	Estipulado por la ley	Estipulado por reglamento interno de la institución	Ocurre en la práctica
1. Negación de tratamiento por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA			
2. Tratamiento diferente por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA			
3. Realización de pruebas sin conocimiento			
4. Negativa a informar a una persona de los resultados de las pruebas del VIH			
5. Controles sanitarios, cuarentena, internamiento obligatorio y/o segregación en hospitales, dispensarios, residencias, etc.			
6. Notificación obligatoria del estado serológico respecto al VIH/SIDA a las(s) pareja(s) sexual(es) y/o familiares			
7. Falta de confidencialidad			

Fuente: Extraído del Informe FIPSE, Protocolo ONUSIDA, 2005.

Según afirma el Protocolo ONUSIDA, “*el indicador propuesto es de carácter positivo*”; en la medida que permite generar un porcentaje que reconoce y registra el grado de no discriminación que se produce en el ámbito territorial en el que se aplica (Informe FIPSE, 2005).

## **PROGRAMA “COMPRENSIÓN Y RESPUESTA AL ESTIGMA Y A LA DISCRIMINACIÓN POR EL VIH SIDA EN EL SECTOR SALUD”**

Este programa desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud no se plantea específicamente la construcción de indicadores del estigma y la discriminación, pero en el análisis del fenómeno puntualizan un conjunto de situaciones que deben ser tomadas en cuenta, y que bien pueden robustecer la justificación de los indicadores que se propongan.

Entre estas situaciones el programa destaca la necesidad de considerar en el problema la correcta definición de los grupos afectados, la identificación de las formas de discriminación a pacientes con VIH SIDA en las instituciones de salud y las medidas que necesariamente deben adoptar estas instituciones y sus trabajadores para combatir la estigmatización y la discriminación. Finalmente, también presentan un cúmulo de resultados de investigación recopilados por el programa, que son profundamente representativos de la situación que viven las personas con VIH SIDA en el mundo.

### Grupos afectados

La OPS (2005) reconoce entre los principales grupos de afectados a las siguientes personas:

- El estigma y la discriminación relacionados con hombres que tienen sexo con hombres afectan a estos de dos maneras: falta de servicios y reacios a acudir a los servicios
- Las mujeres que comercian con el sexo sufren estigmatización en casi todas las sociedades independientemente de tener VIH. Ese estigma a menudo se extiende a muchas mujeres que contraen el VIH del esposo o pareja

- Los usuarios de drogas a menudo son incapaces de obtener acceso a la prevención del VIH/SIDA y a los servicios de atención apropiados
- Los niños infectados huérfanos o abandonados rara vez son adoptados en algunas comunidades, y los niños que se sabe o se presume que son VIH positivos han sido rechazados por las escuelas
- Los trabajadores de salud también están sujetos al estigma por el VIH/SIDA. En los primeros años de la epidemia, los infectólogos - los médicos que trabajaban más directamente con las personas con SIDA - fueron estigmatizados y víctimas de discriminación, e incluso amenazados por otros médicos

#### Formas de discriminación en el sector salud

Las formas más importantes de discriminación a pacientes con VIH SIDA identificadas en este programa son:

- La objeción a ingresar a los pacientes
- La retención del tratamiento
- El retraso o retención de otras formas de atención (alimentos, higiene)
- La falta de atención a los pacientes en cama
- Las pruebas realizadas sin el consentimiento del paciente
- La violación de la confidencialidad
- Las observaciones o comportamientos inapropiados
- El uso a discreción de precauciones teóricamente universales
- El uso de precauciones excesivas

#### Medidas necesarias para evitar la discriminación

- Enseñar al personal los conocimientos y las habilidades apropiadas
- Romper la conspiración del silencio y el secreto

- Crear lugares de trabajo favorables y más seguros
- Facilitar suministros y equipo de protección adecuados
- Lograr mayor acceso a cuidados y tratamiento post-exposición
- Tener políticas y directrices apropiadas que rijan la interacción entre los trabajadores de salud y los pacientes, incluidos los códigos de ética
- Intensificación del uso de precauciones universales

### Principales hallazgos de investigaciones

Entre los resultados de trabajos de investigación más destacados reseñados por el informe se menciona:

- Las actitudes discriminatorias en la sociedad influyen la discriminación en el sector salud
- De acuerdo con el informe, la homofobia es una de las principales fuentes de discriminación por VIH/SIDA en el sector salud
- Un mayor conocimiento sobre los modos de transmisión del VIH disminuye el miedo de la infección
- El medio de contagio por contacto social y el miedo de contagio por exposición laboral son distintos y requieren diferentes respuestas
- El contacto personal, en combinación con conocimientos claros de la enfermedad, es un elemento importante para mejorar las actitudes y el comportamiento de los trabajadores de salud hacia las personas con VIH/SIDA
- Los trabajadores de salud que atienden pacientes con afecciones crónicas mortales como el cáncer y el VIH/SIDA con frecuencia sufren de agotamiento y desarrollan actitudes negativas o cínicas en relación a sus pacientes.

## **IX. Propuesta teórica para la construcción de indicadores**

En un breve análisis del desarrollo conceptual presentado y tomando como punto de referencia el protocolo propuesta por ONUSIDA, y el programa de la OPS, se puede establecer una asociación que conduzca a la construcción de indicadores pensando en los factores que estigmatizan, los que discriminan y los que generan vulnerabilidad.

De este modo se propone la construcción de cuatro indicadores que en su conjunto conduzcan al diseño de un indicador de discriminación y un indicador de estigmatización.

### *Indicador de conocimiento de la enfermedad*

Tanto en las medidas propuestas por el programa de la OPS como en los resultados de las investigaciones que se presentan, el grado de conocimiento de la enfermedad es un factor relevante para acentuar o evitar la discriminación, en función de las características de ese conocimiento. En este sentido, carecer de la información correcta y suficiente sobre el problema, amplía las posibilidades de estigmatizar a esa persona ya que; *“Es probable que en las situaciones sociales en las que interviene un individuo cuyo estigma conocemos o percibimos, empleemos categorizaciones inadecuadas”* (Goffman, 1963:31).

Incluir una dimensión que haga posible medir y cuantificar el conocimiento que los prestadores de servicio de salud tienen sobre la enfermedad, su evolución, tratamientos y mecanismos de prevención y contagio, es un elemento esencial con miras a la medición de las formas de discriminación y estigmatización.

### *Indicador de valoración de la enfermedad*

Desde una aproximación interaccionista simbólica (Blumer, 1969, citado por Infante et al, 2005) se asume que los actores sociales se relacionan entre sí y con el entorno en función del significado que esos otros actores y el medio ambiente tienen para ellos. Así, identificar las percepciones, creencias, paradigmas, pautas culturales, condiciones subjetivas que manifiestan los trabajadores de la salud en relación con el VIH SIDA y con las personas infectadas, es un elemento contundente para la fijación o no de prácticas y conductas discriminatorias. Esto es así, porque comportamientos y representaciones moralistas por ejemplo, *“consolidan la creación de jerarquías entre las personas afectadas, los culpables por sus comportamientos sexuales, y las víctimas (...) El esquema jerarquizado permite tratos diferenciados que se reflejan en procesos estigmatizados y acciones discriminatorias”* (Infante et al, 2006:10).

A partir de un indicador de este tipo se podrá dejar al descubierto el estigma en dos de sus manifestaciones; un proceso de estigmatización simbólico, relacionado con situaciones anteriores a la aparición de la infección, y un proceso de estigmatización instrumental, vinculado con el miedo al contagio (Herek, 1998, citado por Infante et al, 2006).

Este aspecto es reforzado en las propuestas de la ONU y la OPS como un elemento que refuerza o debilita, en función del tipo de valoración que se realice, la estigmatización hacia los pacientes.

### *Indicador de atención a los pacientes*

Evaluar un indicador de la forma de atención que los prestadores de servicios de salud tienen para con los pacientes, implica una forma de aproximación al estigma internalizado presente en los trabajadores como una forma de expresión de los procesos de relaciones desiguales de poder presentes en el vínculo paciente/doctor.

En este sentido la atención de los pacientes implica la construcción de categorías por parte de los trabajadores de la salud, y la jerarquización de esos pacientes. En función de estos procesos se desarrollarán vías de acceso a la atención y acciones concretas que pueden sobrevenir en prácticas de estigma y discriminación. De ahí la importancia de estimar un indicador con estas características.

#### *Indicador de relación entre prestadores de servicios y pacientes*

El protocolo de ONUSIDA así como la OPS enfatizan el aspecto relacional, el vínculo entre trabajadores de la salud y pacientes, como una pieza fundamental en la comprensión y detección de prácticas discriminatorias.

Explorar las formas y características de esta relación es decisivo si se tiene en cuenta que *“el sistema de atención mexicano tiene un sólido sustento en las capacidades que los proveedores de servicios despliegan en el proceso de atención”* (Infante et al, 2006:3).

De los trabajadores de la salud, en tanto poseedores del saber y la información en términos de Goffman (1963) se espera conocimiento y comprensión de la problemática en torno a la infección por VIH SIDA, ya que *“son personas normales cuya situación especial las lleva a estar íntimamente informados acerca de la vida secreta de los individuos estigmatizados”* (Goffman, 1963:41).

Adquirir elementos sobre el tipo de vínculo y de estructuras relaciones que conforman los trabajadores de la salud y los pacientes, aportará elementos para definir aspectos de igualdad o desigualdad en el trato, grados de inclusión o integración de los pacientes, y situaciones relacionadas con la mayor vulnerabilidad a las que las personas infectadas están expuestas en los servicios de salud. Pero no sólo eso, sino que *“Es en el análisis de las estructuras sociales,*



*con sus pautas culturales e interacciones, y no en el plano individual, donde pueden diseñarse e instrumentarse intervenciones que limiten el daño ocasionado por el estigma que suscita el VIH SIDA” (Infante et al, 2006:10).*

Cada uno de estos indicadores propuestos se descompone en variables que integran su construcción, como se detalle en el siguiente cuadro;

**Principales componentes para cada indicador propuesto**

<b>Indicadores/Dimensiones</b>	<b>Componentes/Variables</b>
<b>Conocimiento de la enfermedad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formas de transmisión (contagio)</li> <li>• Mecanismos de prevención (exposición al riesgo)</li> <li>• Tratamientos existentes</li> <li>• Formas de diagnóstico</li> <li>• Evolución de la enfermedad</li> </ul>
<b>Valoración de la enfermedad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepciones sobre el paciente y la enfermedad</li> <li>• Condiciones objetivas y subjetivas en la evolución de la enfermedad</li> <li>• Temores explícitos-implícitos</li> <li>• Creencias y mitos sobre la enfermedad</li> <li>• Pautas culturales y emocionales sobre la enfermedad</li> </ul>
<b>Atención a pacientes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación del tratamiento, seguimiento</li> <li>• Concepción de la urgencia de la enfermedad</li> <li>• Tipos de contactos profesionales y personales</li> <li>• Precauciones para realizar los tratamientos</li> <li>• Tratos personales-impersonales</li> <li>• Conocimiento de los pacientes</li> <li>• Trabajos grupales de apoyo, terapias</li> </ul>
<b>Relación prestadores de servicios y pacientes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vulnerabilidad</li> <li>• Desigualdad</li> <li>• Inclusión/exclusión</li> <li>• Integración/desintegración</li> </ul>

## **X. Nota metodológica para el cálculo de indicadores y definición de variables**

Como se dijo en páginas anteriores, el concepto de discriminación conlleva múltiples factores, uno de ellos es la idea de “estigma”, si bien son conceptos que se relacionan estrechamente sobre todo a la hora de hablar de VIH/SIDA, es importante tener en cuenta, la relación entre ellos, pero también se debe tener

presente la diferenciación de ambos fenómenos a la hora de detectar prácticas discriminatorias.

Así, la discriminación en los entornos de atención de salud se manifiesta de diversas maneras y con diferentes grados de importancia, ya que puede tener como consecuencia que los tratamientos se retrasen, sean inadecuados o no se administren. A lo anterior puede sumarse la falta de confidencialidad de la información sobre el paciente, conductas inapropiadas y exceso de precauciones.

Entonces, a través de, y como consecuencia de los procesos de estigmatización y de discriminación, los pacientes con VIH/SIDA construyen una identidad con la cual se relacionan, se definen, y se hacen parte de grupos, entre otras cosas. Es por lo anterior que el paciente con VIH/SIDA se convierte en una persona definida por su enfermedad y es considerado como una clase específica de persona. ¿Cómo y con qué impactos e influencias el personal de la salud contribuye en esta construcción?

A partir del análisis conceptual presentado y habiendo tomado en cuenta y como referencia las investigaciones existentes sobre el tema, o relacionadas al mismo, es que se logró elaborar una propuesta que llevara a la construcción de indicadores, pensando en los factores que estigmatizan, los que discriminan y los que favorecen la creación de situaciones de vulnerabilidad.

Teniendo en cuenta todo lo dicho hasta el momento, se propuso la construcción de cuatro indicadores, que en su conjunto, posibilitan el diseño de un indicador general de discriminación y otro que mide la estigmatización.

De esta manera, y como se explicitó en el apartado anterior, se construirá un Indicador de conocimiento de la enfermedad, un Indicador de valoración de la enfermedad, otro Indicador de atención a los pacientes y por último, un Indicador de relación entre prestadores de servicios y pacientes.

En este momento vale hacer una aclaración en relación con lo que significa en términos teóricos un indicador, se puede decir que un indicador es un dato que sintetiza una gran cantidad de información en un sólo concepto o cifra, y cuya función es presentar los cambios en un momento, suscitados en torno a una norma. La elección de un indicador equivale a identificar la variable cuantitativa, es decir, medible, operacionalizable, tangible<sup>20</sup>.

En este sentido se debe destacar que existen ciertas diferencias entre las estadísticas y los indicadores ya que las primeras, nos presentan hechos y pueden ser elaboradas en indicadores cuando llevan implícita la noción de comparación con un referente, mientras que los segundos, tienen siempre un vínculo con temas precisos y dimensiones determinadas de una noción o concepto, y exigen una suerte de organización de información (estadísticas u otros tipos de información) previamente elaborada<sup>21</sup>.

Por lo que, la construcción de indicadores requiere inicialmente de un gran esfuerzo de análisis y de investigación en un campo particular del saber y de la acción. Este esfuerzo permite elegir el indicador en función del rol que tiene en el análisis del campo de estudio<sup>22</sup>.

Así, el instrumento propuesto para el logro de lo planteado anteriormente quedó estructurado con los apartados siguientes:

1. Información del centro de salud
2. Datos sociodemográficos y sociolaborales

---

<sup>20</sup> Salles, V. y López, M. de la Paz. (2004). "Monografía teórico-metodológica para determinar los requerimientos en información para nuevos indicadores sobre género y pobreza". Primer informe, Agosto 31.

<sup>21</sup> Salles, V. y López, M. de la Paz. (2004). "Monografía teórico-metodológica para determinar los requerimientos en información para nuevos indicadores sobre género y pobreza". Primer informe, Agosto 31.

<sup>22</sup> Salles, V. y López, M. de la Paz. (2004). "Monografía teórico-metodológica para determinar los requerimientos en información para nuevos indicadores sobre género y pobreza". Primer informe, Agosto 31.

3. Religión
4. Capacitación recibida sobre VIH/SIDA
5. Experiencia laboral en relación con la atención a personas con VIH/SIDA
6. Conocimiento acerca de formas de transmisión del VIH/SIDA
7. Percepciones sobre la atención a personas con VIH/SIDA en el sistema de salud mexicano
8. Percepciones sobre la atención a personas con VIH/SIDA en el centro de salud particular
9. Percepciones sobre el VIH/SIDA

Teniendo en cuenta las dimensiones que contendrá el instrumento para la recopilación de la información, la estructura de los indicadores queda como sigue:

## **1. Indicador de conocimiento de la enfermedad**

### *1.1. Formación – capacitación*

- ¿A que tipo de actividades relacionadas con VIH/SIDA ha asistido en el últimos tres años?
- ¿Qué información recibió en estas actividades a las que asistió?
- Como pregunta control: ¿Qué tan útil fue esta información para su trabajo?

### *1.2. Conocimientos de vías de transmisión*

- ¿Considera usted que las siguientes frases son ciertas o no?

## **2. Indicador de valoración de la enfermedad**

- En una escala de 0 a 10 donde cero es nada de acuerdo y 10 es totalmente de acuerdo, ¿Qué tan de acuerdo está usted con las siguientes frases?
- ¿Usted considera que...?
- ¿Usted en lo particular...?

- En una escala de 0 a 10 donde cero es nada y 10 es mucho, ¿Qué tanto considera usted que...?
- ¿Si usted resultara VIH positivo daría a conocer su condición serológica?
- ¿A quien daría a conocer su condición serológica?
- ¿Si usted resultara VIH positivo, que situación le afectaría más?
- ¿Para usted es posible identificar a simple vista a una persona con VIH/SIDA?
- ¿Cómo se puede identificar a simple vista a una persona con VIH/SIDA?
- ¿Quién debe conocer la condición serológica de una persona con VIH/SIDA?

### **3. Indicador de atención a las y los pacientes**

#### *3.1. Infraestructura para la atención*

- Esta unidad de salud...
- ¿Qué tipo de servicio brinda la institución?
- ¿Cuándo llega una persona con VIH/SIDA que tipo de atención se le brinda en esta unidad?
- ¿En esta unidad cuentan con los materiales necesarios para llevar a cabo las precauciones universales de protección?
- ¿El nivel de riesgo de infección por el VIH/SIDA en su trabajo es...?

#### *3.2. Experiencia en la atención a personas con VIH/SIDA*

- ¿En que área o servicio trabaja en este centro?
- ¿Alguna vez ha brindado atención a una persona con VIH/SIDA?
- ¿Qué tipo de atención ha brindado?
- ¿Qué precauciones universales toma usted cuando atiende a personas con VIH/SIDA?
- ¿Confía que estas precauciones sean eficaces?
- ¿Qué precauciones adicionales tomaría?

#### **4. Indicador de relación entre prestadores(as) de servicios y pacientes**

- ¿En el sistema de salud mexicano que tan frecuentemente...?
- ¿En su opinión en este centro de salud que tan frecuentemente...?
- ¿Por qué circunstancias considera que en el sistema de salud mexicano se podría negar la atención a una persona con VIH/SIDA?

Los indicadores anteriores, se construyeron tomando en cuenta las hipótesis manejadas por el informe anterior, en este sentido el incluir preguntas en el cuestionario alternativo, relacionadas con los conocimientos formales y con las expresiones clínicas de la enfermedad y de las formas de transmisión, según los autores se vincula con la hipótesis de que un mayor nivel de desinformación provoca mayores reacciones estigmatizadoras y discriminatorias.

En este sentido, anteriormente se mencionó, que el grado de conocimiento de la enfermedad es un factor relevante para acentuar o evitar la discriminación, en función de las características de ese conocimiento, entonces, carecer de la información correcta y suficiente sobre el problema, amplía las posibilidades de estigmatizar a esa persona

Por su parte el indicador de valoración de la enfermedad, está pensado desde la concepción de que los actores sociales se relacionan entre sí y con el entorno en función del significado que esos otros actores y el medio ambiente tienen para ellos. Así, identificar las percepciones, creencias, paradigmas, pautas culturales, condiciones subjetivas que manifiestan el personal que labora en los servicios de salud en relación con el VIH/SIDA y con las personas infectadas, es un elemento contundente para la fijación o no de prácticas y conductas discriminatorias.

Por lo cual, un indicador de este tipo se podrá dejar al descubierto el estigma en dos de sus manifestaciones; un proceso de estigmatización simbólico, relacionado con situaciones anteriores a la aparición de la infección, y un proceso de

estigmatización instrumental, vinculado con el miedo al contagio (Herek, 1998, citado por Infante et al, 2006).

El Indicador de atención a los pacientes implica una forma de aproximación al estigma internalizado, que está presente en las y los trabajadores como una forma de expresión de los procesos de relaciones desiguales de poder presentes en el vínculo paciente/doctor.

Así, en función de estos procesos se desarrollarán vías de acceso a la atención y acciones concretas que pueden sobrevenir en prácticas de estigma y discriminación. De ahí la importancia de estimar un indicador con estas características.

Por último, el indicador de relación entre prestadores de servicios y pacientes permite adquirir elementos sobre el tipo de vínculo y de estructuras relaciones que conforman los trabajadores de la salud y los pacientes, y estos aportarán elementos para definir aspectos de igualdad o desigualdad en el trato, grados de inclusión o integración de los pacientes, y situaciones relacionadas con la mayor vulnerabilidad a la que las personas infectadas están expuestas en los servicios de salud.

## **XI. Consideraciones finales**

Como se mencionara al inicio de este trabajo, de acuerdo al interés central de la investigación, los objetivos que se establecieron quedaron definidos de la manera siguiente:

- Realizar un análisis estadístico para evaluar la consistencia del cuestionario actual.
- Analizar de manera general los datos surgidos de la encuesta actual.
- Realizar un análisis estadístico para evaluar la consistencia interna del cuestionario actual.

- Presentar las variables que tendrá que contener el indicador, así como la propuesta y la metodología para su construcción y análisis.
- Propuesta de cuestionario para futuros levantamientos con base en la teoría sobre estigma y discriminación.
- Especificar las variables que tendrá que contener el indicador propuesto y la metodología para su construcción y análisis.

Así, una vez concluido el proceso de trabajo se está en condiciones de afirmar que de acuerdo a los resultados surgidos del análisis, se logró elaborar un instrumento alternativo que se orienta al logro de los objetivos que el estudio persigue, pero que, desde nuestra perspectiva, es más adecuado en términos metodológicos y de contenidos. Además, de que la propuesta del cuestionario REDVIH/SIDA\_1 que se propone sea utilizado en futuros levantamientos se desarrolló con base en la teoría sobre estigma y discriminación, y que se incorporaron en este documento.

Recordemos que se realizaron una serie de cálculos y se presentaron diversas formas para la construcción de índices e indicadores que surgieron de la revisión del informe de la Encuesta REDVIH/SIDA\_0, del cuestionario y de la revisión de la base de datos de la misma Encuesta, lo cual permitió en una primera instancia y de manera general, ver en qué medida las preguntas utilizadas y las opciones de respuestas incluidas en el cuestionario original eran útiles para los fines propuestos.

Así, por ejemplo, el análisis estadístico permitió, en relación con las preguntas que medían capacitación y conocimientos adquiridos por el personal de salud acerca del VIH/SIDA, concluir que no se puede construir un índice con las preguntas originales. En primer lugar, porque una de ellas constituía un pase de aplicación para las otras, lo cual no permite contar con el mismo número de casos en los cuatro reactivos.



Con las preguntas restantes, no es posible calcular un índice, porque las preguntas son combinaciones de preguntas de respuesta múltiple y respuesta única, además de que una de las preguntas no tiene variabilidad interna en lo que refiere a las respuestas obtenidas.

En el caso de este índice, a partir de las conclusiones anteriores se decidió que sería conveniente modificar esta serie de preguntas con la intención de obtener una amplitud de respuestas que permitan la construcción de los nuevos índices, y convertir a las otras dos preguntas en preguntas cuyas opciones de respuesta fueran del tipo “sí mención”, “no mención”.

Otro ejemplo que se puede retomar, es el referido a las preguntas que captan información acerca del contacto que se ha tenido directamente con pacientes con VIH, que si bien se podrían incluir en esta serie de conocimientos y experiencias, se cree que merecen un tratamiento aparte.

Como fuera señalado en el apartado correspondiente, las preguntas del cuestionario original tal cual están construidas no posibilitan la generación de un índice, esto se debe a que la primera de las preguntas es un filtro que se convierte en la aplicación de un pase para la segunda. Por esta razón, se consideró pertinente construir varias preguntas que se desprendan del pase, con opciones de respuesta breves, ya que es posible demostrar que conforme aumenta el número de variables correlacionadas positivamente al interior de un índice, su consistencia interna aumenta.

Ahora, un último ejemplo que se cree relevante rescatar en este momento, es el de las preguntas acerca de la posibilidad de aislar a los pacientes con VIH/SIDA, en este sentido a partir del análisis realizado, se pudo llegar a la conclusión de que la construcción del índice con las variables propuestas es correcta, sin embargo, se debe destacar que para el nuevo instrumento se corrigió el fraseo de las preguntas, esto como forma de obtener una mejor consistencia interna, y para que

dichos reactivos logren agruparse en una variable que explique una mayor variabilidad del concepto que se quiere medir a partir de las variables que entran en juego.

A partir de lo anterior y junto con el resto del análisis estadístico y teórico, se cree firmemente que el diseño de indicadores como el que se propone, permite una aproximación a la medición de la discriminación, pero sobre todo promueve nuevas estrategias analíticas y conceptuales para abordar este problema tan persistente en el entorno de los servicios de salud.

Es decir, se elaboró un estudio que permitiera crear un instrumento para analizar los procesos simbólicos de discriminación en relación con el de las prácticas cotidianas de estigmatización, y a su vez posibilitara la medición del reconocimiento y la aceptación de la generación de estereotipos junto con la cuestión de la inclusión y el respeto en el trato a los pacientes.

De este modo el nuevo instrumento que se propone recupera dimensiones objetivas y subjetivas de la realidad del VIH al considerar los ámbitos laborales, personales e institucionales en los que desarrollan sus prácticas cotidianas las personas con VIH y el personal de salud, así como las percepciones, valoraciones y construcciones de identidad en torno del padecimiento. Hacerlo de este modo posibilita la aproximación a los factores y condiciones que giran en torno a la discriminación y estigmatización de las personas con VIH, ya que se incorporan elementos tanto de sus concepciones internas como de las prácticas y acciones de su cotidianidad, factores necesarios para contar con una mirada integral de la exclusión.

## XII. Glosario de términos

**Salud:** Es definida por la OMS (1947) como “El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o afecciones”. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. Una definición más dinámica de salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad. La salud, en términos físicos, forma parte de uno de los pilares de la calidad de vida y bienestar<sup>23</sup>. En este sentido, la salud entendida más como un proceso que se encuentra vinculado con las pautas de conducta y hábitos cotidianos de las personas, sobre los que existe una innegable influencia cultural. La cultura a través de sus costumbres, determina de forma explícita o implícita valores que impactan en aspectos de salud y enfermedad, así como en las conductas preventivas que cada individuo desarrolle en su vida.

**Enfermedad:** En contraposición con la definición anterior, la enfermedad se entiende como la alteración del estado de la salud normal de un ente biológico individual. Es cualquier trastorno atípico del cuerpo o la mente que puede provocar malestar y alteración de las funciones normales. El límite entre la completa salud y la enfermedad no es preciso. La Organización Mundial de la Salud publica una lista de las enfermedades conocida como *clasificación internacional de las enfermedades y de los problemas de salud relacionados* (ICD). Fue diseñada inicialmente como una herramienta para describir enfermedades desde una perspectiva de salud pública. Las reacciones psicológicas ante la enfermedad son importantes en tanto la vivencia de la enfermedad se adscribe dentro de los fenómenos psíquicos o de interiorización de los individuos, como una situación de imposibilidad de realizar sus necesidades. Corresponde con una conducta

---

<sup>23</sup> <http://es.wikipedia.org/wiki/Salud>

frustrante que genera displacer psíquico, en la que se dan los siguientes elementos en el ser humano:

1. Invalidez, porque bloquea al individuo.
2. Molestias; genera dolor físico y psíquico.
3. Amenaza. Aislamiento; la enfermedad solamente la vive el enfermo que la padece.
4. Anomalía; porque la persona que padece la enfermedad no es igual que los demás y no puede realizar lo que los demás.
5. Temor al dolor, es uno de los aspectos más importantes del ser humano.
6. Ruptura del proyecto existencial fundamentalmente en el caso de enfermedades crónicas y terminales, (Hernández, 2001).

**Proceso salud-enfermedad:** La salud y la enfermedad forman un proceso continuo, donde en un extremo se encuentra la muerte prematura, muchas veces prevenible, y en el otro extremo se encuentra un elevado nivel de salud, al que difícilmente llega todo el mundo. En la parte media de este continuo o equilibrio homeostático se encontraría la mayoría de la población, donde la separación entre salud y enfermedad no es absoluta, ya que es muy difícil distinguir lo normal de lo patológico. El proceso de salud enfermedad es el resultado de complejas interrelaciones de las personas con los diferentes entornos en los que se desarrolla su vida cotidiana (las relaciones sociales y del riesgo a que se expone la persona) y se encuentra en estrecha relación con esos modos de vida, con las condiciones económicas, condiciones culturales y sociales que de cada persona en cada sociedad (González, et al, 2002). Existen diversos factores que condicionan las posibilidades de estar en salud o en enfermedad. Entre estos factores se encuentra la biología humana: “incluye todos aquellos aspectos físicos y mentales que conforman la corporalidad del ser humano , tales como la herencia genética, la maduración y envejecimiento, las características de los diferentes sistemas del cuerpo“, los estilos de vida: “los comportamientos de los individuos y las colectividades ejercen una influencia sobre la salud. Los hábitos de vida

nocivos (consumo de drogas, nutrición inadecua, sedentarismo y otros) tienen efectos nocivos para la salud, y el entorno: “incluye todos aquellos aspectos ajenos al propio cuerpo, sobre los cuales el individuo tiene una limitada capacidad de control y que influyen sobre la salud. Medio ambiente físico, medio ambiente social” (González et al, 2002).

**Hábitos de salud:** son conductas relacionadas con el proceso físico de las personas que se encuentran firmemente establecidas y arraigadas en el repertorio comportamental del individuo. Se ponen en funcionamiento de una forma automática y si tener una clara conciencia de ello (como por ejemplo la higiene personal). Al ser conductas aprendidas se adquieren, se mantienen y se extinguen siguiendo pautas y normas del aprendizaje tanto como del entorno cultural (Hernández, 2001).

**Conductas Preventivas:** se basan en el cuidado del cuerpo, hacer deporte, buena alimentación, higiene personal y se adquieren por: aprendizaje o por experiencia directa o bien mediante el aprendizaje vicario o moldeamiento (Hernández, 2001).

**Paciente:** Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila.

**Servicios sanitarios:** “Entendemos por tales a la cantidad y calidad de los recursos utilizados para satisfacer las demandas y necesidades de la población, así como las estructuras, organizaciones y políticas relativas al sector” (González, et al, 2002).

**Prestadores de salud:** Instituciones y personas que ejecutan acciones de salud, tales como atenciones y tratamientos en consultorios, consultas, centros médicos, hospitales o clínicas, entregando las prestaciones que sean requeridas en función de las demandas (necesidades y riesgos) de los usuarios y que forman parte de

una red de salud pública en el territorio nacional. Los prestadores de salud establecen una relación con los pacientes en vario sentidos: como sustitutos del paciente: esta relación se entable siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí los prestadores de servicios de salud se convierten en sustitutos de las carencias de la persona debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento. Los prestadores también pueden relacionarse con los pacientes como auxiliar de los mismos ya que durante los periodos de convalecencia se ayuda al paciente a recuperar su independencia. Y finalmente los prestadores de salud son compañeros del paciente.

**VIH: V** - Virus -- Ya que este organismo es un virus, lo que significa que una de sus características es que no puede reproducirse por si mismo. Se reproduce controlando la maquinaria de las células humanas. **I** -- Inmunodeficiencia -- Ya que los efectos del virus crean una deficiencia en el sistema inmunológico del cuerpo para que éste no funcione correctamente. **H** - Humano - Ya que este virus sólo puede infectar a los humanos. Los investigadores consideran que el VIH es el virus que causa el SIDA. Ya que la mayoría de los investigadores creen que el VIH es la única causa de SIDA, generalmente se denomina el VIH como "el virus del SIDA". Al igual que otros virus, el VIH ataca a las células del cuerpo. Lo que diferencia al VIH de otros virus es que el sistema inmunológico no puede deshacerse del VIH ya que el virus ataca al propio sistema inmunológico (el que normalmente estaría encargado de eliminar el virus).<sup>24</sup>

**SIDA:** El término SIDA se refiere al estado más avanzado de la infección causada por el VIH. Cada letra representa las siguientes palabras: **S** -- Síndrome - Porque alguien con SIDA puede experimentar un amplio rango de enfermedades e infecciones oportunistas diferentes. **I** - Inmuno -- Porque afecta al sistema inmunológico del cuerpo, la parte del cuerpo que generalmente trabaja combatiendo gérmenes como las bacterias y los virus. **D** - Deficiencia -- Porque el sistema inmunológico se vuelve deficiente (lo que significa que el sistema

---

<sup>24</sup> <http://www.sfaf.org/informaciondelvih/>

inmunológico no funciona correctamente). **A** - Adquirida -- Porque es una condición con la que uno se debe infectar o adquirir, no es algo que se pueda transmitir en los genes. El SIDA debilita gravemente la capacidad del cuerpo para combatir infecciones y algunos cánceres. Esto significa que la gente diagnosticada con SIDA puede tener infecciones oportunistas, que son causadas por microbios como virus y bacterias, que normalmente no enferman a los individuos sanos. El sistema inmunológico de una persona con SIDA está amenazado a tal punto que un tratamiento médico pueda ser necesario para prevenir o tratar una condición médica grave.<sup>25</sup>

**Enfermedad por el VIH:** Es el término que se utiliza para describir las enfermedades o condiciones causadas por la infección con el virus de inmunodeficiencia humano; sin tratamiento, la enfermedad típicamente progresa lentamente, desde una infección sin síntomas hasta el SIDA. En general este proceso lleva unos diez años, pero puede variar ampliamente de persona a persona.<sup>26</sup>

**Infección del VIH:** Una vez que una persona se ha expuesto al virus, el VIH entra en el torrente sanguíneo y reside en las células, este es el momento en que ocurre la infección con el VIH. Las personas con VIH son consideradas infecciosas (pueden transmitir el virus a otras) inmediatamente después de infectarse con el virus. Una persona con VIH es infecciosa en todo momento. Además, una persona *no* necesita tener síntomas o verse enferma para tener VIH.<sup>27</sup>

**Condición serológica al VIH:** Este término se refiere al momento en que el sistema inmunológico de una persona VIH positiva responde a la infección mediante la producción de anticuerpos contra el virus. La mayoría de las personas

---

<sup>25</sup> <http://www.sfaf.org/informaciondelvih/>

<sup>26</sup> <http://www.sfaf.org/informaciondelvih/>

<sup>27</sup> <http://www.sfaf.org/informaciondelvih/etapas.html>

desarrollan anticuerpos dentro de los tres meses de haberse infectado y en algunos casos dentro de los seis meses.<sup>28</sup>

**Tratamiento:** Constituye un proceso que inicia luego del diagnóstico y del reconocimiento patológico de la persona y que se centra en recuperar los trastornos orgánicos que esa persona padecen. En el caso específico del VIH/SIDA el tratamiento médico contempla la utilización de fármacos que combaten al VIH y de fármacos que combaten a las infecciones y cáncer relacionados al SIDA.

**Riesgos de infección/Factores de riesgo:** Un factor de riesgo cualquier circunstancia, condición o situación que incrementa la posibilidad de contraer una enfermedad o padecimiento. En el caso específico del IVH/SIDA estas causas son:

- Relaciones sexuales con parejas múltiples
- Compartir agujas para ingerir drogas inyectadas
- Exposición a sangre o algunos otros líquidos contaminados con VIH
- Un bebé con madre infectada por VIH
- Recibir sangre, tejido, órganos o inseminación artificial
- Relación sexual con un individuo infectado con VIH

**Derecho a la salud:** Los sistemas públicos de salud, bajo la concepción de la OMS, tienen la obligación de otorgar a una persona y a su familia, el soporte financiero y la cobertura necesaria frente a un imprevisto en materia de salud, con total independencia de su contribución al financiamiento del propio sistema. El concepto de equidad en salud está particularmente enraizado en el conjunto de ideas y visiones de orden filosófico, ético, político y de orden práctico, que caracterizan la discusión contemporánea sobre equidad social. La iniquidad en

---

<sup>28</sup> <http://www.sfaf.org/informaciondelvih/etapas.html>



salud comprende todas las diferencias sistemáticas que son innecesarias y evitables, además de injustas (Santos, 2006).

**Acceso a la salud:** El acceso a servicios de salud se identifica como la capacidad para conseguir atención médica cuando se necesita. En términos generales la posibilidad de acceso se ve afectada por una serie de condicionantes, desde la ubicación de los centros de salud y la disponibilidad de proveedores médicos, hasta los seguros médicos y el costo de la atención médica, pasando por la falta de transportación y por las barreras culturales y de idioma, entre otras cosas. El acceso a la atención médica, o la falta de dicho acceso, tiene consecuencias importantes sobre la mortalidad. Además del seguro médico y las condiciones económicas de vida, hay muchos factores que afectan el acceso a la atención médica. Una manera de contemplar estos factores puede ser en términos de preguntarse: ¿quién? y ¿qué? Esto es, *quién* necesita la atención médica, y *qué* tipo de atención médica necesita. No todas la población de México tienen el mismo acceso a la atención médica; además, el acceso también varía según el tipo de atención que se requiere. En muchas ocasiones, el acceso a tipos específicos de atención médica (como cuidado preventivo, atención primaria, atención de largo plazo o cuidado mental) de una población en particular (sea niños, mujeres, miembros de grupos étnicos o raciales minoritarios, o aquellos con bajos ingresos) difiere del de la población en general.<sup>29</sup>

**Exclusión en salud:** La exclusión social en salud es un aspecto de la pobreza que hace a las personas más vulnerables, tiene un impacto no sólo en el nivel de vida o calidad de vida de las personas, sino también un efecto psicológico sobre las personas. La exclusión en salud es una parte de la exclusión social y se define como: “la falta de acceso de ciertos grupos o personas a bienes, servicios y oportunidades que mejoren o preserven su estado de salud y de las cuales otros individuos o grupos disfrutan”. Diversos estudios han enfatizado que la ruralidad

---

<sup>29</sup> Factline, Tracking Health in Underserved Communities. A project of the Journal of Health Care for the Poor and Underserved.

parece asociarse fuertemente con la falta de cobertura real y la falta de cobertura por seguros, lo que se traduce en un gasto desproporcionadamente alto para la población en general y, especialmente en el caso mexicano, para la población de origen indígena, sin acceso a un conjunto regular de servicios básicos de salud (Santos, 2006).

**Valoración:** Consideración subjetiva sobre una determinada persona, circunstancia o condición de vida a partir de la información y del reconocimiento histórico que se tenga o se crea tener, que muchas veces juzga y pondera a esa persona o sus condiciones de vida. Los valores y la construcción valorativa se encuentran permeados por las pautas culturales, políticas, sociales y económicas de las sociedades, así como por los cánones religiosos prevalecientes.

**Percepciones:** Se pueden entender como dimensiones que atraviesan el conjunto de lo social, como construcciones que se cristalizan en las muy diversas formas institucionales presentes en las sociedades, con sus reglas y funcionamiento particular. Implican un punto de articulación entre lo subjetivo y lo social, ya que son los sujetos desde su posición relativa a un momento histórico, a una ubicación social y al propio psiquismo que desarrollarán, perpetuarán y modificarán continuamente esas construcciones de sentido (Santullo y Latorre, 1999).

**Imaginario social/colectivo:** Es el conjunto de ideas, mitos, prejuicios, creencias, que conforman un modelo cultural. *"lo imaginario de lo que hablo no es imagen de. Es creación incesante y esencialmente indeterminada (social-histórico y psíquico) de figuras, formas, imágenes, a partir de las cuales solamente puede tratarse de "alguna cosa". Lo que llamamos "realidad" y "racionalidad" son obras de ello".* Ese imaginario es el que construye a los hombres como seres sociales, en la integración de representaciones, en gran medida a un nivel inconsciente: *"Sabemos que esta interiorización no es en modo alguno superficial: los modos de pensamiento y acción, las normas y valores y, finalmente, la identidad misma del*

*individuo dependen de ella."* Dicho proceso tiene lugar a lo largo de toda la vida de cada sujeto (Santullo y Latorre, 1999).

**Estereotipos:** Son modelos (de comportamiento, de apariencia) que se fijan para los miembros de una determinada colectividad. Es un conjunto de creencias acerca de las características de las personas de un grupo determinado que es generalizado a todos los miembros del grupo. Los valores de una sociedad se traducen en estereotipos modélicos que sustentan las ideologías o intereses dominantes.<sup>30</sup> Los estereotipos son representaciones incompletas o falsas propias del sentido común. Tienden a resaltar un aspecto de lo real, una faceta de la totalidad compleja que es la realidad. Están instalados en los individuos a priori y condicionan la manera de ver al mundo. El concepto de estereotipo está en directa relación con la ideología de cada grupo social. El sujeto es interpelado por la ideología, esto es la sujeción del sujeto como sujeto ideológico y se produce de tal forma que cada uno es llevado sin darse cuenta, y creyendo que ejerce su propia voluntad, a tomar su lugar en una determinada clase social. Las representaciones que tenemos del mundo están determinadas por dicha ideología y los estereotipos son parte de esas representaciones.<sup>31</sup>

**Victimización:** Las víctimas son aquellas personas que individual o colectivamente han sufrido daños físicos o psíquicos, pérdida financiera, patrimonial o menoscabo en sus derechos fundamentales como persona, todo ello independientemente de que la Justicia juzgue o no al delincuente o de la relación entre víctima y agresor. Estas personas ingresan en un proceso de victimización al sentirse inseguras y temerosas en la situación que las define como víctimas.

**Inclusión:** Puede ser entendida, como la ausencia, para unos, del conjunto de oportunidades vitales que otros sí tienen, como la imposibilidad o dificultad muy intensa de acceder a los mecanismos de desarrollo personal e inserción sociales y

---

<sup>30</sup> <http://www.definicion.org/estereotipos>

<sup>31</sup> <http://elsigno.cholloblogs.com/2006/05/>

comunitarios y, a los sistemas preestablecidos de protección. La exclusión niega el acceso (ya que representa una escasez crónica de oportunidades y de acceso a servicios básicos de calidad, a los mercados laborales y de crédito, a condiciones físicas y de infraestructura adecuada, y al sistema de justicia) y en este sentido existe exclusión cuando se produce alguna forma de discriminación desde la estructura social y cultural en la que viven los ciudadanos. Por supuesto que también existen mecanismos estructurales de producción de exclusión, entre los que se pueden destacar: la persistencia del desempleo de larga duración, las consecuencias para el mercado laboral de los cambios en las sociedades industriales, el deterioro de las estructuras familiares, la evolución del sistema de valores, la tendencia a la fragmentación social y la evolución de los fenómenos migratorios. La exclusión siempre más fuerte para los individuos que pertenecen a múltiples grupos denominados “minoritarios”.

**Exclusión:** Implica la dificultad de ciertos individuos para tener acceso a trabajos formales, vivienda digna, servicios de salud adecuados, educación de calidad, y al sistema de justicia. Esta concepción permite considerar una aproximación más dinámica tanto a la diversidad de situaciones a las que se enfrentan los que de una u otra manera son partícipes de algún tipo de privación como para indagar en el proceso por el cual amplios sectores de la sociedad perdieron la participación en una o varias formas de relación social. El proceso de exclusión/inclusión y vulnerabilidad implica incorporar la dimensión de la pertenencia y da un marco que otorga un "lugar central a la problemática de los derechos civiles, políticos y sociales lo que permite plantear una nueva concepción de las políticas públicas para moverse a la consideración de las necesidades como derechos".<sup>32</sup>

**Estigma:** El estigma es un proceso social, o una experiencia personal, caracterizados por la exclusión, condena o devaluación, que resulta de un juicio social adverso, sobre una persona o un grupo. El juicio se basa en un perdurable rasgo de identidad, atribuible a un problema de salud o a un estado relacionado

---

<sup>32</sup> <http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p15.4.htm>

con la salud, y este juicio es, fundamentalmente, médicamente injustificado. Teniendo en cuenta la situación de las personas con VIH/SIDA es importante considerar que mientras la enfermedad se considere como una enfermedad con pocas o nulas posibilidades de ser tratada, el estigma perdura (Patterson, 2003).

**Discriminación:** Actitud y disposición de ánimo que tiende a dar un trato de inferioridad a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, sociales, políticos, económicos, culturales, biopsicológicos, de edad, etc. La discriminación es un producto social, resultado del aprendizaje de determinadas pautas vigentes en el medio sociocultural.<sup>33</sup> Implica toda distinción, exclusión o restricción basada en actitudes, disposiciones y conductas arbitrarias, que tienen el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas.<sup>34</sup> Discriminar significa en el lenguaje común distinguir. Pero en el lenguaje jurídico discriminar significa tratar a una persona de forma desfavorable por un motivo prohibido. Una discriminación no es solamente una distinción. Cualquier distinción no es ilícita y no constituye una discriminación. Las personas pueden recibir un trato diferente de forma lícita. Una discriminación no es solamente una desigualdad de trato. Una diferencia de trato puede ser ilegítima pero no constituir una discriminación. Su sanción, cuando sea posible, no deriva de las normas de lucha contra la discriminación. Una discriminación supone la conjunción de varios elementos. Una distinción o una diferencia de trato tan solo es una discriminación cuando sea ilícita<sup>3</sup>. Se produce una discriminación cuando una diferencia de trato desfavorable es ilegítima y se fundamenta en un criterio prohibido por el derecho como fundamento en el que basar las distinciones jurídicas.

---

<sup>33</sup> <http://www.definicion.org/discriminacion-social>

<sup>34</sup> <http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/contrib-edfvissions.htm>

### **XIII. Bibliografía**

- Aggleton, Peter y Parker, Richard, (2001) “Enfoques innovadores en la prevención del VIH: estudios de caso seleccionados”, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Ginebra.
- Alan, R. (2006) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), American Foundation for AIDS Research
- Brown, Lisanne et al (2001), “Interventions to Reduce HIV/AIDS Stigma: What Have We Learned?” Horizons Program, Tulane School of Public Health and Tropical Medicine, New Orleans, Louisiana.
- Encuesta en los Servicios de Salud “Reducción del Estigma y la Discriminación relacionado al VIH/SIDA en México”, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública de México con la colaboración de CENSIDA y Marco Measure Evaluation, Cuenavaca, Morelos, Mayo de 2004
- Foucault, Michel (1992) Vigilar y castigar: el nacimiento de la prisión. 1974, Siglo XXI, Madrid.
- Giddens, Anthony (1984) La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración. 1995, Amorrortu, Buenos Aires.
- Goffman, E. (1963), “Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity”, Prentice Hall, New Jersey.
- González, et al (2002) Proceso salud enfermedad. Una mirada comunitaria, Buenos Aires, Argentina.
- Hernández, N. (2001) Sociología de la Salud. El proceso salud enfermedad, México.
- Naciones Unidas, (2001) “Declaración de compromiso de las Naciones Unidas en la lucha contra el VIH/SIDA. Crisis mundial – Acción mundial”, Naciones Unidas A/RES/S-26/2, Asamblea General, Distr. general, 2 de agosto de 2001, Vigésimo sexto período extraordinario de sesiones, Tema 8 del programa.

- Patterson, G. (2003) Elaborando conceptos sobre el estigma, México.
- Salles, V. y López, M. de la Paz. (2004). "Monografía teórico-metodológica para determinar los requerimientos en información para nuevos indicadores sobre género y pobreza". Primer informe, Agosto 31.
- Santos, H. (2006) Relación entre la pobreza, iniquidad y exclusión social con las enfermedades de alto costo en México, Revista Cubana de Salud Pública, volumen 32, número 2, junio, Cuba.
- Santullo, F. y Latorre, A. (1999) Ideas radicales para Occidente, en Revista Posdata N° 173, Uruguay.

**ANEXO 1.**

**Análisis de la encuesta en los servicios de salud sobre la  
reducción del estigma y la discriminación relacionada al VIH/SIDA  
en México**



**ANEXO 1.**  
**Análisis de la encuesta en los servicios de salud sobre la  
 reducción del estigma y la discriminación relacionada al VIH/SIDA  
 en México**

**Cuestionario Individual**

--	--

Estado

--	--	--

Municipio

--	--	--	--

Localidad

--	--	--

Folio

Número de visita	1		2		3		4	
Fecha	Día	Mes	Día	Mes	Día	Mes	Día	Mes
Nombre del entrevistador								
Hora de inicio								
Hora de término								
Duración								
Resultado *								

\* Códigos para resultado:

- |                          |                               |
|--------------------------|-------------------------------|
| : 01 Entrevista completa | 05 Se negó a dar información  |
| 02 Entrevista incompleta | 06 Informante inadecuado      |
| 03 Entrevista aplazada   | 07 Otros ( <b>esp</b> ) _____ |
| 04 Ausentes temporales   |                               |

	Supervisado por		Codificado por		Capturado por	
Nombre						
Fecha	Día	Mes	Día	Mes	Día	Mes

**Entrevistador:** ¡Buenos días! (tardes). Venimos del Instituto Nacional de Salud Pública. Estamos realizando una investigación sobre el VIH/SIDA ¿Nos permite unos minutos de su tiempo? La información que nos proporcione es confidencial y se utilizará solamente para fines estadísticos, su opinión es muy importante para nosotros ¡¡¡Muchas Gracias!!!

**I. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE SALUD, HOSPITAL, CLÍNICA, UNIDAD DE ATENCIÓN**

Nombre y dirección del hospital, centro de salud, clínica o unidad de laboratorio:

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**1. Tipo de servicio que brinda la institución:**

- Hospital **CON** clínica especializada en VIH/SIDA y **CON** laboratorio de detección de VIH/SIDA (1)
- Hospital **SIN** clínica especializada en VIH/SIDA y **CON** laboratorio de detección de VIH/SIDA (2)
- Hospital **CON** clínica especializada y **SIN** laboratorio de detección de VIH/SIDA (3)
- Hospital **SIN** clínica especializada y **SIN** laboratorio de detección de VIH/SIDA (4)
- Consultorio **CON** clínica especializada en VIH/SIDA (5)
- Consultorio **SIN** clínica especializada en VIH/SIDA (6)
- Centro de salud **CON** laboratorio para detección de VIH/SIDA (7)
- Centro de Salud **SIN** laboratorio para detección de VIH/SIDA (7)
- Otro (**esp.**) \_\_\_\_\_ (8)
- No sabe (98)
- No contesta (99)

**2. Cuándo llega una persona con VIH/SIDA, ¿qué tipo de atención se le brinda en esta unidad? (Leer opciones 1 a 4 y 6).**

- Atención clínica (1)
- De laboratorio (2)
- Consejería (3)
- Apoyo psicológico (4)
- Ninguna (**esp.**) (5)
- Otra (**esp.**) \_\_\_\_\_ (6)
- Se refiere (7)

**3. En caso de ser necesario, ¿a dónde referiría a una persona con VIH/SIDA para recibir consejería? (Leer opciones 1 a 3).**

- Hospital o servicios públicos (1)
- Organización no gubernamental (2)
- Servicios privados de consejería (3)
- Otro (**esp.**) \_\_\_\_\_ (4)
- NS (8)
- NC (9)

**4. ¿Esta unidad de salud...? (Leer opciones una por una y registrar respuestas).**

	Sí	No	NS	NC
Tiene horarios especiales para atender a las personas con VIH/SIDA	(1)	(2)	(8)	(9)
Tiene áreas especiales para personas con VIH/SIDA	(1)	(2)	(8)	(9)
Cuenta con un médico que atienda especialmente a personas con VIH/SIDA	(1)	(2)	(8)	(9)
Cuenta con personas que brinden apoyo psicológico o consejería a las personas con VIH/SIDA	(1)	(2)	(8)	(9)
Tiene la infraestructura y los materiales necesarios para atender personas con VIH/SIDA	(1)	(2)	(8)	(9)
Otro ( <b>esp.</b> ) _____				

**II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA ENCUESTADA. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y SOCIO LABORALES.**

5. Sexo    
 Hombre (1) Mujer (2)

6. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?     
 \_\_\_\_\_ NC (99)

7. ¿Cuál es el grado máximo de estudios que obtuvo? (Leer opciones 1 a 14).

Primaria incompleta (1)     
 Primaria completa (2)   
 Secundaria incompleta (3)   
 Secundaria completa (4)   
 Preparatoria incompleta (3)   
 Preparatoria completa (4)   
 Bachillerato incompleto (5)   
 Bachillerato completo (6)   
 Licenciatura incompleta (7)   
 Licenciatura completa (8)   
 Maestría incompleta (9)   
 Maestría completa (10)   
 Doctorado incompleto (11)   
 Doctorado completo (12)   
 Post doctorado incompleto (13)   
 Post doctorado completo (14)

8. ¿Qué cargo o puesto desempeña en esta institución? (Leer opciones 1 a 7).

Médico (a) (1)    
 Enfermero (a) (2)   
 Laboratorista (a) (3)   
 Psicólogo (a) (4)   
 Consejero (a) (5)   
 Trabajador (a) social (6)   
 Recepcionista (7)   
 Administrativo (8)

9. ¿En qué área o servicio trabaja dentro de este centro? (Leer opciones 1 a 6).

Urgencias (1)    
 Cirugía (2)   
 Gineco-obstetricia (3)   
 Medicina interna (4)   
 Consulta externa (5)   
 Clínica especializada (6)   
 Farmacia (7)   
 Otro (esp.) \_\_\_\_\_ (8)

10. ¿Cuánto tiempo hace que trabaja en esta institución?

\_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Meses

**11.** De las siguientes posturas, ¿cómo se considera en cuestiones religiosas? (**Leer opciones 1 a 7 y registrar sólo una opción**).

- Católico(a) practicante (01)
- Católico(a) no practicante (02)
- Protestante (iglesia, pentecostal, bautista, etc.) (03)
- Pentecostal no católico (04)
- Testigo de Jehová, adventista del séptimo día, mormón (05)
- Cristiano no perteneciente a ninguna religión (06)
- Judío (07)
- Otro (**esp.**) \_\_\_\_\_ (08)
- Indiferente a cualquier religión (**esp.**) (09)
- No creyente (**esp.**) (10)
- NS (98)
- NC (99)

--	--

**12.** ¿Para tomar decisiones importantes en su vida, qué tanto se guía de acuerdo a los valores religiosos? (**Leer opciones 1 y 3**).

- Mucho (1)
- Poco (**esp.**) (2)
- Nada (3)
- NS (8)
- NC (9)

**III. CAPACITACIÓN RECIBIDA SOBRE VIH/SIDA**

**Ahora nos gustaría hablar un poco acerca de los cursos de perfeccionamiento y capacitación a los que ha asistido.**

**13.** ¿Ha asistido a alguna reunión o capacitación sobre VIH/SIDA en los últimos 3 años?

- Sí (1)
- No (2)
- NS (8)
- NC (9)

**14.** ¿A qué tipo de actividades relacionadas con VIH/SIDA ha asistido en los últimos 3 años y cuantas veces ha asistido en este tiempo? (**Leer opciones una por una y registrar respuestas**).

Actividades	1 vez	2 veces	3 veces	Más de 3 veces	Ninguna	NS	NC
Congreso (s)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(8)	(9)
Curso (s)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(8)	(9)
Taller (es)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(8)	(9)
Plática (s) informativa (s)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(8)	(9)
Especialidad (es)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(8)	(9)
Diplomado (s)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(8)	(9)
Otro ( <b>esp.</b> ) _____	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(8)	(9)
Otro ( <b>esp.</b> ) _____	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(8)	(9)

15. ¿Qué tanta información recibió sobre... en estas actividades sobre VIH/SIDA a las que asistió? (Leer opciones una por una y registrar respuestas). 15.1. ¿Y que tan útil fue esta información para su trabajo?

Actividades informativas	Mucha	Poca	Nada	NS	NC	Mucho	Poco	Nada	NS	NC
Prevención	(1)	(2)	(3)	(8)	(9)	(1)	(2)	(3)	(8)	(9)
Formas de transmisión	(1)	(2)	(3)	(8)	(9)	(1)	(2)	(3)	(8)	(9)
Tratamientos antirretrovirales	(1)	(2)	(3)	(8)	(9)	(1)	(2)	(3)	(8)	(9)
Atención (cuidado, nutrición, tratamientos, infecciones oportunistas)	(1)	(2)	(3)	(8)	(9)	(1)	(2)	(3)	(8)	(9)
Consejería	(1)	(2)	(3)	(8)	(9)	(1)	(2)	(3)	(8)	(9)
Derechos de los pacientes con VIH/SIDA	(1)	(2)	(3)	(8)	(9)	(1)	(2)	(3)	(8)	(9)
Derechos Humanos	(1)	(2)	(3)	(8)	(9)	(1)	(2)	(3)	(8)	(9)
Otro (esp.) _____	(1)	(2)	(3)	(8)	(9)	(1)	(2)	(3)	(8)	(9)
Otro (esp.) _____	(1)	(2)	(3)	(8)	(9)	(1)	(2)	(3)	(8)	(9)

**IV. EXPERIENCIA LABORAL EN RELACIÓN CON LA ATENCIÓN A PERSONAS CON VIH/SIDA.**

En esta sección nos gustaría conocer algunos aspectos relacionados con su experiencia en el tema del VIH/SIDA dentro de los servicios de salud.

16. ¿Tiene o ha tenido contacto con alguna persona con VIH/SIDA?

- Sí (1)
- No (2)
- NS (8)
- NC (9)

17. ¿Alguna vez ha brindado atención a una persona con VIH/SIDA? (Leer opciones 1 y 2).

- Sí (1)
- No (2) ⇒ p.19
- NS (8) ⇒ p.19
- NC (9) ⇒ p.19

18. ¿Qué tipo de atención ha brindado? (Leer opciones una por una y registrar respuestas).

Atenciones brindadas	Si mención	No mención	NS	NC
Cuidados	(1)	(2)	(8)	(9)
Consulta médica	(1)	(2)	(8)	(9)
Revisión física	(1)	(2)	(8)	(9)
Toma de muestras biológicas	(1)	(2)	(8)	(9)
Consejería	(1)	(2)	(8)	(9)
Apoyo psicológico	(1)	(2)	(8)	(9)
Capacitación	(1)	(2)	(8)	(9)
Información	(1)	(2)	(8)	(9)
Ubicar a familiares	(1)	(2)	(8)	(9)
Estudios socioeconómicos	(1)	(2)	(8)	(9)
Referencia	(1)	(2)	(8)	(9)
Otro (esp.) _____	(1)	(2)	(8)	(9)
Otro (esp.) _____	(1)	(2)	(8)	(9)

**Medidas preventivas**

**19.** ¿Qué precauciones universales toma usted con pacientes con VIH/SIDA? (**Leer opciones una por una y registrar respuestas**). **19.1.** ¿Y confía en que estas precauciones universales son eficaces para la atención y tratamiento de personas con VIH/SIDA?

Precauciones	Si mención	No mención	NS	NC		Sí	No	NS	NC
Utiliza guantes	(1)	(2)	(8)	(9)		(1)	(2)	(8)	(9)
Utiliza mascara o goggles	(1)	(2)	(8)	(9)		(1)	(2)	(8)	(9)
Utiliza cubrebocas	(1)	(2)	(8)	(9)		(1)	(2)	(8)	(9)
Coloca la ropa de trabajo en bolsas impermeables	(1)	(2)	(8)	(9)		(1)	(2)	(8)	(9)
Desinfecta el sitio de exploración y consulta del paciente con VIH/SIDA	(1)	(2)	(8)	(9)		(1)	(2)	(8)	(9)
Esteriliza en autoclave todos los materiales utilizados para la atención de pacientes con VIH/SIDA	(1)	(2)	(8)	(9)		(1)	(2)	(8)	(9)
Utiliza contenedores para los instrumentos punzo-cortantes	(1)	(2)	(8)	(9)		(1)	(2)	(8)	(9)
Evita el uso de batas que se puedan contaminar con sangre o secreciones del paciente con VIH/SIDA fuera del ámbito hospitalario	(1)	(2)	(8)	(9)		(1)	(2)	(8)	(9)
Utiliza desinfectantes especiales	(1)	(2)	(8)	(9)		(1)	(2)	(8)	(9)
Ninguna ( <b>esp.</b> )	(1)	(2)	(8)	(9)		(1)	(2)	(8)	(9)
Otro ( <b>esp.</b> ) _____	(1)	(2)	(8)	(9)		(1)	(2)	(8)	(9)
Otro ( <b>esp.</b> ) _____	(1)	(2)	(8)	(9)		(1)	(2)	(8)	(9)

**20.** Si sabe o sospecha que un paciente está infectado por el VIH/SIDA, ¿tomaría precauciones adicionales a las medidas universales con ese paciente? (**Leer opciones 1 y 2**).

- Sí (1)
- No (2) ⇒ p.22
- NS (8) ⇒ p.22
- NC (9) ⇒ p.22

**21.** ¿Qué precauciones adicionales tomaría? (**Leer opciones una por una y registrar respuestas**).

Precauciones	Si mención	No mención	NS	NC
Usar doble guante	(1)	(2)	(8)	(9)
Protección en los ojos	(1)	(2)	(8)	(9)
Procedimientos especiales de esterilización	(1)	(2)	(8)	(9)
Aislamientos de los pacientes con VIH/SIDA	(1)	(2)	(8)	(9)
Salas de espera, revisión y exploración separadas	(1)	(2)	(8)	(9)
Utilización de desinfectantes especiales	(1)	(2)	(8)	(9)
Evitar el contacto físico con el enfermo	(1)	(2)	(8)	(9)
Quemar la ropa	(1)	(2)	(8)	(9)
Consejería	(1)	(2)	(8)	(9)
Otro ( <b>esp.</b> ) _____	(1)	(2)	(8)	(9)
Otro ( <b>esp.</b> ) _____	(1)	(2)	(8)	(9)

**Riesgos laborales asociados al VIH/SIDA**

22. En esta unidad, ¿cuentan con los siguientes materiales que son necesarios para poner en práctica las precauciones universales de protección? **(Leer opciones una por una y anotar si cuentan o no con el material).**

Precauciones	Sí	No	NS	NC
Guantes	(1)	(2)	(8)	(9)
Mascaras o goggles	(1)	(2)	(8)	(9)
Cubrebocas	(1)	(2)	(8)	(9)
Bolsas impermeables	(1)	(2)	(8)	(9)
Desinfectantes especiales	(1)	(2)	(8)	(9)
Esterilizador de materiales	(1)	(2)	(8)	(9)
Contenedores para instrumentos punzo-cortantes	(1)	(2)	(8)	(9)
Ninguna (esp.)	(1)	(2)	(8)	(9)
Otro (esp.) _____	(1)	(2)	(8)	(9)
Otro (esp.) _____	(1)	(2)	(8)	(9)

23. ¿Qué tanto considera que es el nivel de riesgo de infección por el VIH/SIDA en su trabajo? **(Leer opciones 1, 2 y 4).**

- Muy alto (1)
- Alto (2)
- Ni alto ni bajo(esp.) (3)
- Bajo (4)
- No hay riesgos (esp.) (5)
- NS (8)
- NC (9)

24. ¿Las tarjetas de citas o los expedientes de los pacientes con VIH/SIDA deberían tener algún distintivo que los identifique? **(Leer opciones 1 y 2).**

- Sí (1)
- No (2) ⇒ p.26
- NS (8) ⇒ p.26
- NC (9) ⇒ p.26

25. ¿Qué utilidad tiene este distintivo especial en los expedientes? **(Leer opciones 1 a 4).**

- Protección de los otros pacientes (1)
- Protección de los prestadores de servicios (2)
- Protección de los pacientes con VIH (3)
- Facilitar la administración (4)
- Otro (esp.) \_\_\_\_\_ (5)
- NS (8)
- NC (9)

**V. EXPERIENCIAS PERSONALES EN TORNO AL VIH/SIDA**

26. Por favor, indíqueme con cuál de las siguientes frases está usted más de acuerdo **(Leer las opciones y señalar SÓLO una)**

- Para proteger a otros pacientes es preferible que las personas con VIH sean hospitalizadas en sitios aislados (1)
- Para proteger a las personas con VIH de adquirir otras enfermedades es preferible que sean hospitalizados en sitios aislados (2)
- Es preferible no aislar a las personas con VIH siempre y cuando se tomen las medidas necesarias de precaución con todos los pacientes (3)

27. Para usted, ¿es posible identificar a simple vista a una persona con VIH? (Leer opciones 1 y 2).

- Sí (1)
- No (2) ⇒ p.29
- NS (8) ⇒ p.29
- NC (9) ⇒ p.29

28. ¿Podría decirme cómo se puede identificar a simple vista a una persona con VIH? (Leer opciones 1 a 4 y aceptar hasta tres respuestas).

- Por su extrema delgadez (01)
- Por la caída del pelo (02) 1° \_\_\_\_\_
- Por manchas en la piel (03)
- Por tener tatuajes o perforaciones (04)
- Por ser un hombre afeminado (esp.) (05) 2° \_\_\_\_\_
- Por ser alcohólico (a) (esp.) (06)
- Por ser drogadicto (esp.) (07)
- Por ser un (a) trabajador (a) sexual (esp.) (08)
- Otro (esp.) \_\_\_\_\_ (09) 3° \_\_\_\_\_
- NS (98)
- NC (99)


29. Por lo que usted piensa ¿Quién o quienes deben conocer la condición serológica de una persona con VIH? (Leer opciones 1 a 6 y aceptar hasta tres respuestas)

- El paciente (01)
- El personal de salud (02) 1° \_\_\_\_\_
- Su familia (03)
- Su pareja sexual (04)
- Su empleador (05) 2° \_\_\_\_\_
- Sus compañeros de trabajo o estudio (06)
- A quien la persona decida comunicarlo (esp.) (07)
- Nadie excepto el paciente (esp.) (08) 3° \_\_\_\_\_
- Todos (esp.) (09)
- Otro (esp.) \_\_\_\_\_ (10)
- NS (98)
- NC (99)


30. Si usted resultara VIH positivo, ¿daría a conocer su condición serológica? (Leer opciones 1 y 2).

- Sí (1)
- No (2) ⇒ p.32
- NS (8) ⇒ p.32
- NC (9) ⇒ p.32

31. ¿A quién o a quienes daría a conocer su condición serológica al VIH? (Leer opciones 1 a 6 y aceptar hasta tres respuestas).

	Si mención	No mención	NS	NC
A mi familia	(1)	(2)	(8)	(9)
A mi pareja sexual	(1)	(2)	(8)	(9)
A mis amigos	(1)	(2)	(8)	(9)
Al personal de salud	(1)	(2)	(8)	(9)
A mi empleador	(1)	(2)	(8)	(9)
A mis compañeros de trabajo o estudio	(1)	(2)	(8)	(9)
A nadie (esp.)	(1)	(2)	(8)	(9)
A todos (esp.)	(1)	(2)	(8)	(9)
Otro (esp.) _____	(1)	(2)	(8)	(9)



**32.** Si usted resultara VIH positivo, ¿que situación o situaciones le afectarían más? (**Leer opciones 1 a 7 y aceptar hasta tres respuestas**).

- Infectar a alguien (01)
- Perder el empleo (02) 1° \_\_\_\_\_
- Que se enteren en el trabajo/estudio (03)
- El rechazo de los familiares (04) 2° \_\_\_\_\_
- Tener problemas con la pareja (05)
- El rechazo de los amigos (06) 3° \_\_\_\_\_
- El maltrato en los servicios de salud (07)
- La discriminación (**esp.**) (08)
- La muerte (**esp.**) (09)
- Otro (**esp.**) \_\_\_\_\_ (10)
- Ninguna (**esp.**) (11)
- Todas (**esp.**) (12)
- NS (98)
- NC (99)


**VI. CONOCIMIENTO SOBRE FORMAS DE TRANSMISIÓN DE VIH/SIDA.**

**33.** ¿Considera usted que las siguientes frases son Verdaderas o Falsas? (**Leer opciones una por una y registrar respuestas**).

	Verdadera	Falsa	NS	NC
Una persona puede adquirir VIH por usar el mismo baño que una persona infectada	(1)	(2)	(8)	(9)
Es posible infectarse de VIH a través de picaduras de insectos	(1)	(2)	(8)	(9)
Una persona con VIH sin síntomas puede infectar a otros	(1)	(2)	(8)	(9)
Una persona puede infectarse VIH por intercambiar jeringas o agujas	(1)	(2)	(8)	(9)
Una persona puede infectarse VIH al tener relaciones sexuales sin condón con una persona infectada	(1)	(2)	(8)	(9)
Una mujer positiva al VIH puede infectar a su hijo a través de la lactancia	(1)	(2)	(8)	(9)
Una persona puede infectarse VIH por el uso de drogas no inyectables	(1)	(2)	(8)	(9)
Ser VIH positivo y tener SIDA no es lo mismo	(1)	(2)	(8)	(9)

**VII. PERCEPCIONES SOBRE LA ATENCIÓN A PERSONAS CON VIH/SIDA EN EL SISTEMA DE SALUD MEXICANO.**

**34.** En una escala de 0 a 10, dónde 0 es nunca y 10 es siempre, Por lo que usted ha visto, en este centro de salud ¿qué tan frecuentemente...? **(Leer opciones una por una y registrar respuestas).**

	<b>Calificación</b>	<b>NS</b>	<b>NC</b>		
Se niega la atención a personas con VIH		(98)	(99)		
Se privilegia la atención de algunas personas con VIH/SIDA sobre otras en la misma situación por motivos que no son médicos		(98)	(99)		
Se privilegia el tratamiento de algunas personas con VIH/SIDA sobre otras en la misma situación por motivos que no son médicos		(98)	(99)		
Se les brinda la atención mínima a las personas con VIH/SIDA		(98)	(99)		
Se trata a las personas con VIH/SIDA con desprecio		(98)	(99)		
Se trata a las personas con VIH/SIDA con miedo		(98)	(99)		
Se impide el contacto de las personas con VIH/SIDA con otras personas en las salas de espera		(98)	(99)		
Se exige la prueba obligatoria de VIH al personal de salud		(98)	(99)		

**35.** En una escala de 0 a 10, dónde 0 es nunca y 10 es siempre, En su experiencia, en general, en los hospitales o clínicas del sistema nacional de salud ¿qué tan frecuentemente...? **(Leer opciones una por una y registrar respuestas).**

	<b>Calificación</b>	<b>NS</b>	<b>NC</b>		
Se niega la atención a personas con VIH		(98)	(99)		
Se privilegia la atención de algunas personas con VIH/SIDA sobre otras en la misma situación por motivos que no son médicos		(98)	(99)		
Se privilegia el tratamiento de algunas personas con VIH/SIDA sobre otras en la misma situación por motivos que no son médicos		(98)	(99)		
Se les brinda la atención mínima a las personas con VIH/SIDA		(98)	(99)		
Se trata a las personas con VIH/SIDA con desprecio		(98)	(99)		
Se trata a las personas con VIH/SIDA con miedo		(98)	(99)		
Se impide el contacto de las personas con VIH/SIDA con otras personas en las salas de espera		(98)	(99)		
Se exige la prueba obligatoria de VIH al personal de salud		(98)	(99)		

**36.** ¿En que ocasiones considera usted que se puede negar la atención a pacientes con VIH/SIDA? **(Leer opciones una por una y registrar respuestas).**

<b>Circunstancias</b>	<b>Si mención</b>	<b>No mención</b>	<b>NS</b>	<b>NC</b>
Por temor a contraer el virus	(1)	(2)	(8)	(9)
Por falta de materiales para llevar a cabo las precauciones universales	(1)	(2)	(8)	(9)
Por temor de infectar a otros pacientes	(1)	(2)	(8)	(9)
Por falta de instalaciones para pacientes con VIH	(1)	(2)	(8)	(9)
Por falta de medicinas para pacientes con VIH/SIDA	(1)	(2)	(8)	(9)
Por falta de conocimientos sobre como tratar a un paciente con VIH/SIDA	(1)	(2)	(8)	(9)
En ninguna circunstancia se puede negar la atención <b>(esp.)</b>	(1)	(2)	(8)	(9)
Otro <b>(esp.)</b> _____	(1)	(2)	(8)	(9)
Otro <b>(esp.)</b> _____	(1)	(2)	(8)	(9)

**VIII. PERCEPCIONES SOBRE EL VIH/SIDA**

**37.** En una escala de 0 a 10, donde 0 es nada de acuerdo y 10 es totalmente de acuerdo, ¿qué tan de acuerdo está usted con las siguientes frases? **(Leer opciones una por una y registrar respuestas).**

	<b>Nivel de acuerdo</b>	<b>NS</b>	<b>NC</b>
La forma de vida de las personas homosexuales las hace más propensas a contraer el VIH/SIDA que las personas heterosexuales		(98)	(99)
La forma de vida de las personas solteras las hace más propensas a contraer el VIH SIDA que las personas casadas		(98)	(99)
La forma de ser de los hombres los hace más propensos a contraer el VIH SIDA que las mujeres		(98)	(99)
El estilo de vida de los jóvenes los hace mas propensos a contraer el VIH/SIDA que los adultos		(98)	(99)
Un ama de casa tiene menos posibilidades de contraer el VIH/SIDA que una mujer que no lo es		(98)	(99)
Un drogadicto está más propenso a contraer el VIH/SIDA que una persona que no se droga		(98)	(99)

**38.** Por lo que usted piensa, ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes frases? **(Leer opciones una por una y registrar respuesta)**

	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>NS</b>	<b>NC</b>
Un ama de casa que contrae el VIH/SIDA debe tener prioridad en la atención sanitaria que una trabajadora del comercio sexual	(1)	(2)	(3)	(8)	(9)
Una persona con VIH/SIDA que no es usuario de drogas inyectables debe tener prioridad en la atención que una persona que sí es usuario de drogas inyectables	(1)	(2)	(3)	(8)	(9)
Las personas que contrajeron el VIH SIDA sin cometer conscientemente conductas de riesgo deben tener prioridad en el tratamiento sobre aquellas personas que sí las cometieron	(1)	(2)	(3)	(8)	(9)

*Análisis de la encuesta en los servicios de salud sobre la reducción del estigma y la discriminación relacionada al VIH/SIDA en México*

**39.** Según su opinión, ¿Usted considera qué...? (Leer opciones una por una y registrar respuesta)

	Si mención	No mención	NS	NC
Debe permitirse que un estudiante con VIH continúe en la escuela	(1)	(2)	(8)	(9)
Debe permitirse que un maestro con VIH continúe dando clases	(1)	(2)	(8)	(9)
Debe permitirse que las mujeres con VIH tengan hijos	(1)	(2)	(8)	(9)
Debe quitarse la patria potestad a los padres con VIH	(1)	(2)	(8)	(9)
Debe permitirse la entrada al país a extranjeros con VIH	(1)	(2)	(8)	(9)
La prueba diagnóstica del VIH debe ser voluntaria	(1)	(2)	(8)	(9)
Debe hacerse pública la información sobre las personas con VIH	(1)	(2)	(8)	(9)

**40.** Usted en lo particular ... (Leer opciones una por una y registrar respuesta)

	Si	No	NS	NC
¿Considera que debe permitirse ejercer a un médico, cirujano, enfermera con VIH?	(1)	(2)	(8)	(9)
¿Piensa que las personas con VIH son más exigentes en sus derechos que otros pacientes?	(1)	(2)	(8)	(9)
¿Trabajaría con un colega con VIH?	(1)	(2)	(8)	(9)
¿Consultaría a un médico con VIH?	(1)	(2)	(8)	(9)
¿Considera que es necesario realizar la prueba obligatoria de VIH a trabajadores del sexo comercial?	(1)	(2)	(8)	(9)
¿Considera que es necesario realizar la prueba obligatoria de VIH a hombres que tienen sexo con hombres?	(1)	(2)	(8)	(9)
¿Piensa que los jefes o empleadores tienen derecho a conocer la condición serológica al VIH de sus empleados (as)?	(1)	(2)	(8)	(9)

**41.** En una escala de 0 a 10, dónde 0 es nada y 10 es mucho, ¿qué tanto considera usted qué...?

La prueba de detección de VIH debe ser obligatoria para todas las personas	—		
La prostitución es causa del SIDA	—		
La homosexualidad es causa del SIDA	—		
Se debe impedir a las personas con VIH utilizar servicios públicos (baños, albercas)	—		
Se debe aislar a las personas con VIH	—		
NS		(98)	
NC		(99)	

*Análisis de la encuesta en los servicios de salud sobre la reducción del estigma y la discriminación relacionada al VIH/SIDA en México*

**42.** En una escala de 0 a 10, en donde 0 es no se justifica y 10 es se justifica completamente, ¿Qué tanto se justifican para usted los siguientes comportamientos? (**Leer opciones y Mostrar Tarjeta. Rotar el orden de las opciones y leer inversamente el orden en las tarjetas cada 3 cuestionarios**)

	Calificación	NS	NC		
Buscar obtener por parte del gobierno beneficios a los que no se tiene derecho		(98)	(99)		
No pagar impuestos o pagar menos		(98)	(99)		
Comprar algo sabiendo que es robado		(98)	(99)		
Quedarte con dinero que encuentras		(98)	(99)		
Tomar sin permiso un carro ajeno para pasear		(98)	(99)		
Usar marihuana		(98)	(99)		
Mentir para obtener un beneficio		(98)	(99)		
Tener una relación con un hombre o una mujer casada		(98)	(99)		
Que los jóvenes tengan relaciones sexuales antes de casarse		(98)	(99)		
Enfrentarse a la policía		(98)	(99)		
No avisar en caso de dañar un vehículo estacionado		(98)	(99)		
Amenazar a los trabajadores que rechazan adherirse a un paro laboral		(98)	(99)		
Matar a alguien en defensa propia		(98)	(99)		
El asesinato por motivos políticos		(98)	(99)		
Hacer justicia por su propia mano		(98)	(99)		
Aceptar si te ofrecen una mordida (cohecho) en el trabajo		(98)	(99)		
El Aborto		(98)	(99)		
El Divorcio		(98)	(99)		
La eutanasia (poner término a la vida de un enfermo grave que sufre)		(98)	(99)		
El Suicidio		(98)	(99)		
Tirar basura en lugares públicos		(98)	(99)		
Manejar en estado de ebriedad		(98)	(99)		
No dar o pedir factura para evitar el pago de impuestos		(98)	(99)		
Tener relaciones sexuales con compañeros ocasionales		(98)	(99)		
Fumar en lugares públicos		(98)	(99)		
Superar los límites de velocidad en el área urbana		(98)	(99)		
No pagar boleto en el transporte público		(98)	(99)		
La Prostitución		(98)	(99)		
Dar mordida		(98)	(99)		
Robarse la luz (poner un diablito)		(98)	(99)		
Homosexualidad		(98)	(99)		
Hacer experimentos científicos con células humanas		(98)	(99)		

*Análisis de la encuesta en los servicios de salud sobre la reducción del estigma y la discriminación relacionada al VIH/SIDA en México*

**43.** Y utilizando esta misma escala, qué tanto cree usted que en México las personas: **(Leer opciones y Mostrar Tarjeta. Rotar el orden de las opciones y leer inversamente el orden en las tarjetas cada 3 cuestionarios)**

	<b>Calificación</b>	<b>NS</b>	<b>NC</b>		
Buscar obtener por parte del gobierno beneficios a los que no se tiene derecho		(98)	(99)		
No pagar impuestos o pagar menos		(98)	(99)		
Comprar algo sabiendo que es robado		(98)	(99)		
Quedarte con dinero que encuentras		(98)	(99)		
Tomar sin permiso un carro ajeno para pasear		(98)	(99)		
Usar marihuana		(98)	(99)		
Mentir para obtener un beneficio		(98)	(99)		
Tener una relación con un hombre o una mujer casada		(98)	(99)		
Que los jóvenes tengan relaciones sexuales antes de casarse		(98)	(99)		
Enfrentarse a la policía		(98)	(99)		
No avisar en caso de dañar un vehículo estacionado		(98)	(99)		
Amenazar a los trabajadores que rechazan adherirse a un paro laboral		(98)	(99)		
Matar a alguien en defensa propia		(98)	(99)		
El asesinato por motivos políticos		(98)	(99)		
Hacer justicia por su propia mano		(98)	(99)		
Aceptar si te ofrecen una mordida (cohecho) en el trabajo		(98)	(99)		
El Aborto		(98)	(99)		
El Divorcio		(98)	(99)		
La eutanasia (poner término a la vida de un enfermo grave que sufre)		(98)	(99)		
El Suicidio		(98)	(99)		
Tirar basura en lugares públicos		(98)	(99)		
Manejar en estado de ebriedad		(98)	(99)		
No dar o pedir factura para evitar el pago de impuestos		(98)	(99)		
Tener relaciones sexuales con compañeros ocasionales		(98)	(99)		
Fumar en lugares públicos		(98)	(99)		
Superar los límites de velocidad en el área urbana		(98)	(99)		
No pagar boleto en el transporte público		(98)	(99)		
La Prostitución		(98)	(99)		
Dar mordida		(98)	(99)		
Robarse la luz (poner un diablito)		(98)	(99)		
Homosexualidad		(98)	(99)		
Hacer experimentos científicos con células humanas		(98)	(99)		

**44.** En esta tarjeta se muestran diferentes tipos de personas. Podría indicarme cuáles no quisiera tener como vecinos de su casa: **(Leer opciones y Mostrar Tarjeta )**

	<b>Sí mención</b>	<b>No mención</b>	<b>NS</b>	<b>NC</b>	
Personas con antecedentes penales	(1)	(2)	(8)	(9)	
Parientes cercanos	(1)	(2)	(8)	(9)	
Gente que ande mucho en política	(1)	(2)	(8)	(9)	
Alcohólicos	(1)	(2)	(8)	(9)	
Personas de otra raza	(1)	(2)	(8)	(9)	
Homosexuales	(1)	(2)	(8)	(9)	
Personas con familias numerosas	(1)	(2)	(8)	(9)	
Personas con carácter inestable	(1)	(2)	(8)	(9)	
Extranjeros	(1)	(2)	(8)	(9)	
Personas portadoras de VIH/SIDA	(1)	(2)	(8)	(9)	
Drogadictos	(1)	(2)	(8)	(9)	
Parejas que vivan juntas sin estar casadas	(1)	(2)	(8)	(9)	
Indígenas	(1)	(2)	(8)	(9)	
Personas de otra religión	(1)	(2)	(8)	(9)	

**!!!!!!! Muchas gracias por su tiempo!!!!!!!!!!!!!!**

**Observaciones**

---



---



---

**ANEXO 1.  
TABLAS CRUZADAS**



**Coordinador de la investigación**  
*Mtro. Mauricio Padrón Innamorato*<sup>35</sup>

**Investigadores participantes**

*Mtra. Julia Flores Dávila*<sup>36</sup>

*Dra. Patricia Román Reyes*<sup>37</sup>

*Mtro. Carlos Silva Forne*<sup>38</sup>

*Lic. Horacio Hernández Avilés*<sup>39</sup>

**Análisis y procesos estadísticos**

*Act. Guillermo Cuevas Pineda*

**Apoyo de cómputo**

*Lic. Arturo Lule*

**Apoyo Logístico**

*Navorina Díaz Pineda*

---

<sup>35</sup> Candidato a Doctor en Estudios de Población por el Colegio de México, A.C., Investigador del Área de Investigación Aplicada y Opinión del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, IIJ-UNAM.

<sup>36</sup> Candidata a Doctora en Sociología por el Colegio de México, A.C., Coordinadora del Área de Investigación Aplicada y Opinión del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, IIJ-UNAM.

<sup>37</sup> Doctora en Estudios de Población, Investigadora del Área de Investigación Aplicada y Opinión del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, IIJ-UNAM.

<sup>38</sup> Candidato a Doctor en Sociología por el Colegio de México, A.C., Investigador del Área de Investigación Aplicada y Opinión del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, IIJ-UNAM.

<sup>39</sup> Candidato a Maestro en Antropología Social por la Escuela Nacional de Antropología e Historia, Investigador del Área de Investigación Aplicada y Opinión del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, IIJ-UNAM.

*“Análisis de la encuesta en los servicios de salud sobre la reducción del estigma y la discriminación  
relacionada al VIH/SIDA en México”*

Colección estudios 2006  
del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.

La edición estuvo a cargo de la Dirección General Adjunta de Estudios,  
Legislación y Políticas Públicas  
del CONAPRED