

Instituto Politécnico Nacional  
Escuela Superior de Medicina

Maestría en Ciencias en Bioética

El VIH–SIDA y el Paciente Aspectos Bioéticos.

Presenta:  
Arturo Cardiel Sierra

Dra. en C. Carolina Manrique Nava  
Dr. en C. José Leopoldo Aguilar Faisal

1 de Junio 2011



**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL**  
**SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**

SIP-14

*ACTA DE REVISIÓN DE TESIS*

En la Ciudad de México, D. F., siendo las 12:20 horas del día 1º del mes de Junio del 2011 se reunieron los miembros de la Comisión Revisora de Tesis designada por el Colegio de Profesores de Estudios de Posgrado e Investigación de E.S.M. para examinar la tesis titulada:

**El VIH-SIDA y el Paciente Aspectos Bioéticos**

Presentada por el alumno:

**Cardiel**

Apellido paterno

**Sierra**

Apellido materno

**Arturo**

Nombre(s)

Con registro: 

A	0	9	0	3	7	8
---	---	---	---	---	---	---

aspirante de:

**Maestro en Ciencias en Bioética**

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS**, en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

LA COMISIÓN REVISORA

Director de tesis

Dra. Carolina Manrique Nava

Dr. Juan Manuel Araujo Alvarez

Dr. Octaviano Humberto  
Dominguez Marquez

Director de tesis

Dr. José Leopoldo Aguilar Cabal

Dr. Joel Lomeli González

PRESIDENTE DEL COLEGIO

SECCIÓN DE ESTUDIOS  
DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Dr. Eleazar Lara Padilla





**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL**  
**SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**

**CARTA CESIÓN DE DERECHOS**

En la Ciudad de México, D. F., el día 10 del mes de junio del año 2011, el que suscribe **Arturo Cardiel Sierra** alumno del Programa de Maestría en Ciencias en Bioética con número de registro **A090378**, adscrito a Escuela Superior de Medicina, manifiesta que es autor intelectual del presente trabajo de Tesis bajo la dirección de la **Dra Carolina Manrique Nava** y del **Dr. José Leopoldo Aguilar Faisal** y cede los derechos del trabajo intitulado **El VIH – SIDA y el Paciente Aspectos Bioéticos** al Instituto Politécnico Nacional para su difusión, con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficas o datos del trabajo sin el permiso expreso del autor y/o director del trabajo. Este puede ser obtenido escribiendo a la siguiente dirección **carsiart@yahoo.com.mx**. Si el permiso se otorga, el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

  
\_\_\_\_\_  
**Arturo Cardiel Sierra**

El VIH-SIDA y el Paciente Aspectos Bioéticos.

## ÍNDICE

Concepto	Página
Dedicatoria .....	i
Agradecimientos.....	ii
Abreviaturas.....	iv
Glosario .....	v–viii
Resumen.....	ix–x
Abstract.....	xi–xii
Introducción.....	1–6
Antecedentes.....	7–15
Objetivo general y objetivos específicos.....	16
Justificación.....	17–21
Capítulo 1 Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).....	22–32
1.1.Aspecto técnico médico.....	22–24
1.2.Historia natural de la infección por el VIH.....	24–27
1.3.Aspectos clínicos.....	27–28
1.4.Síndromes clínicos.....	28–29
1.5.Normatividad para el Manejo de caso.....	29–30
1.6.Tratamiento. Manejo antirretroviral para casos VIH/SIDA.....	30
1.7.Educación para la Salud.....	30–31
1.8.Disposición de sangre y productos hematológicos.....	31
1.9.Medidas generales.....	31–32
1.10. Inmunización .....	32
Capítulo 2 Sexualidad y Derechos humanos.....	33–45
2.1. Derechos Humanos.....	33–34

2.2.	Derechos Sexuales.....	34–35
2.3.	Sexualidad.....	35–36
2.4.	Expresión de la Sexualidad.....	36–45
Capítulo 3 Aspectos Bioéticos.....		46–64
3.1.	Pragmatismo–utilitarismo.....	47–49
3.2.	Personalismo.....	49–52
3.3.	Dignidad.....	52–60
3.4.	Norma y sociedad.....	60–64
Aspectos Metodológicos.....		65
Investigación Cualitativa y tipo de estudio.....		65–68
•	Constructivismo interpretativo.....	68–70
•	Interaccionismo simbólico.....	70–72
•	Fenomenología .....	72–75
Metodología de la observación.....		75–76
Escenario de estudio.....		76–77
Observación no participante.....		77–78
Metodología de la entrevista.....		78–82
Entrevista a profundidad.....		82–89
Resultados.....		90–101
Interpretación y evaluación de la información.....		102–104
Conclusiones.....		105–106
Recomendaciones.....		107–109
Bibliografía.....		110–114

Este trabajo se elaboró a lo largo de 2 años durante la realización de la Maestría en Ciencias en Bioética en la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional y en la Unidad de Medicina Familiar Marina Nacional del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado bajo la dirección de la D. en C. Carolina Manrique Nava, y de el D. en C. José Leopoldo Aguilar Faisal.

## Dedicatoria

A lo largo de mi vida siempre he estado seguro que la presencia del otro tiene un sentido y un significado, día con día la interacción con quien ha formado parte importante de la historia de mi vida. Ha dejado una enseñanza, un motivo de reflexión, así, hoy les digo gracias, mil gracias.

Dios gracias por la vida, la familia, el estudio, el trabajo, por quien soy y como soy.

Familia de origen gracias. Gracias Padre, gracias Madre, gracias hermanos. Cada quien y con su estilo me dieron motivos para vivir y para ser el ser humano que soy.

Familia conformada gracias. Gracias Esposa, gracias hijas, son el motor de mi vida y les amo intensamente.

Compañeros de trabajo del IPN y del ISSSTE. Gracias por su apoyo y participación en este trabajo.

Maestros de toda mi formación académica y porque no de mi formación humana, Gracias. Particularmente gracias a mis queridos maestros de la Maestría en Ciencias en Bioética.

Pacientes y amigos gracias. Gracias por compartir conmigo sus experiencias de vida y por permitirme poner por escrito sus vivencias y con ello contribuir enormemente en el desarrollo y logro de este trabajo.

Gracias a mi esposa Adriana Pérez Cervantes, gracias por tu paciencia extrema, por tu apoyo incondicional, por todas esas horas que pasaste frente a la máquina capturando y proponiendo mejoras al trabajo. Este logro es tan tuyo como mío.

Gracias amada esposa.

Agradecimientos.

Agradezco al Programa Institucional de Maestrías y al coordinador de la Maestría en Bioética, Dr. Octaviano Domínguez Márquez, a la D. en C Carolina Manrique Nava y al D. en C. José Leopoldo Aguilar Faisal, al D en C Joel Lomelí González y al D en C Juan Manuel Araujo Álvarez quienes durante mi formación me brindaron orientación, apoyo y la oportunidad de investigar y con ello, contribuir y poner en práctica durante el acto médico el conocimiento adquirido en beneficio del paciente homosexual que cursa con VIH/SIDA y así mejorar la operación de servicios de la propia Unidad Médica del Primer Nivel de atención del ISSSTE.

*El río durando se destruye. A medida que van pasando las aguas se van acabando, y nosotros mismos durando nos destruimos. Cada instante nuestro de duración es un instante de destrucción. ¿Me negaré a dar un paso por el temor de las consecuencias, que no siempre son felices? Con o sin sentido, la vida hay que vivirla.*

Pablo Neruda

## Abreviaturas

ADN	Ácido desoxirribonucleico
APA	Asociación Psiquiátrica Americana
ARN	Ácido ribonucleico
BCG	Vacuna para la prevención de la tuberculosis (Bacilo de Calmete Guerin)
CAP	Encuesta de Conocimiento Actitud y Práctica
CD4	Linfocitos T cooperadores
CDC's	Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos de América
CIE	Clasificación Internacional de las Enfermedades 10ª Revisión
CONASIDA	Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA
CRS	Complejo relacionado con el SIDA
DSMD-4	Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales. APA
ELISA	Ensayo inmunoenzimático ligado a enzimas (Enzyme-linked immunosorbent assay)
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
ITS	Infecciones de transmisión sexual.
LGS	Ley General de Salud.
NOM-010-SSA2-1993	Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
UMFMN	Unidad de Medicina Familiar Marina Nacional
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
VHB	Virus de la Hepatitis B
VIH/SIDA	Virus de la Inmunodeficiencia Humana, incluye el VIH-1 y el VIH-2/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
VPH	Virus del Papiloma Humano
Wb	Western blot
WEB	Virus de Epstein Bar

## Glosario

### Bioética

Ciencia de la supervivencia. Cuyo objetivo es usar el conocimiento adquirido con sabiduría para lograr el bien social y el bien personal. Esta postura concatena en el individuo un cuerpo de conocimientos conformado por elementos científicos, filosóficos y legales normativos, cuya pretensión es lograr una vida humana con calidad mediante la práctica de los valores humanos, elementos básicos de su quehacer, se centra en manejar medios y buscar fines, esto es dar la respuesta que el otro o bien lo otro requieren para acceder a una vida digna y con calidad.

### Ética

Como costumbre adjetiviza la acción humana y la califica de buena o mala, implica un discurso normativo no imperativo, un proceso reflexivo para hacer propia la idea e ir hacia la autenticidad en busca de la felicidad. La ética es relativa a la persona y/o a la comunidad, exige al individuo el asumir un compromiso personal con los valores, el criterio y la responsabilidad que le son propias, manteniéndole a la vez en actitud de cuestionamiento constante. El hombre piensa, delibera y elige. De esta forma ejerce su autonomía.

### Moral

Como costumbre adjetiviza también a la acción humana e igualmente la califica de buena o mala, excepto que implica un discurso tanto normativo como imperativo sobre los deberes, obligaciones y prohibiciones que habrá que cumplir dentro del marco social en el que se vive, se actúa y se interacciona con el otro. Acepta imposiciones que no admiten cuestionamiento. El hombre obedece, no cuestiona y actúa, se ejerce la heteronomía.

Persona

Un sujeto de derechos y obligaciones constitucionales. Animal dotado de facultades mentales. Un ser inteligente con razón y capacidad reflexiva, que se considera así mismo como ser pensante en diferentes épocas y sitios. Una máscara de actor. Un ser humano que con base en su razón en su libertad y en su conciencia da cuenta de sí y de su entorno, y toma decisiones.

Personalismo

Corriente Bioética que identifica el bien con la dignidad de la persona humana. Toma en cuenta las dimensiones humanas; biológica, psicológica, social y espiritual del individuo y a este en relación e interacción con la sociedad a la que pertenece y el ambiente en el cual se desarrolla. La razón de ser del personalismo es velar por la salud, la vida y la dignidad humanas. Tomando en cuenta que el hombre es un fin en sí mismo.

Pragmatismo–utilitarismo

Postura Bioética que identifica el bien como lo útil y cuyas soluciones son prácticas. Su postulado es el mayor bien para el mayor número de personas, busca el bien general y la felicidad personal, solo que al menor costo posible y con el mayor beneficio (ubica a unos sujetos como sacrificables) maneja el relativismo de los valores. Basa la calidad de vida en la evaluación de factores biológicos y ecológicos.

Dignidad

La dignidad humana es la potencialidad de las cualidades espirituales que definen a todo ser humano; esa capacidad de autodeterminarse y dirigirse por sí mismo hacia el bien.

Es pues un asunto personal, está formado por los conceptos, percepciones y elecciones adquiridos y realizadas a través de la vida y de la experiencia privada. A menudo parece estar sujeta a la dinámica

## Discriminación

del grupo social al cual se pertenece. Sin ser una propiedad específica o característica legal y/o universal sino más bien una propiedad inherente a la autonomía, la libertad, la historia y la razón del individuo.

Acto que no reconoce la dignidad del otro, es un atentado a la dignidad de las personas caracterizado por la supresión de oportunidades y la transgresión de sus derechos.

Esta acción niega al individuo la posibilidad de dirigirse hacia el bien y autodeterminarse.

La posición de un rasgo distintivo (ei ser negro, mujer u homosexual), hace ver al poseedor como alguien débil, alguien diferente y que no merece el reconocimiento ni el respeto como persona. Ese rasgo distintivo es la condición que “faculta” al blanco, al hombre y al heterosexual –entiéndase fuerte– para actuar en consecuencia y con ello afirmar y “legitimar” el acto discriminatorio y así modificar su excelencia y mantener la hegemonía.

## Deseo

Lo que se desea tiene valor y a la vez tiene valor porque es deseado. Lo deseado ocurre desde el yo interno de manera inconsciente y desde el yo social de manera consciente. Se desea sin distinción del sexo del otro (homosexual) y a la vez se impone la distinción de sexo del otro (heterosexual). YO interno contra YO social. Excepto que ni la heterosexualidad es natural ni la homosexualidad es antinatural y el deseo de amar y ser amado no se sacia nunca.

## Unidad Médica del Primer Nivel de Atención

Dentro de la composición y organización del Sistema Nacional de Salud, una Unidad Médica del Primer Nivel de Atención es aquella con la que el

individuo establece el primer contacto con los servicios de salud y es en donde se atiende el 85% de las demandas de atención médica y donde una vez valorado el caso, ubicado con precisión el diagnóstico e instalado el tratamiento del paciente se realiza el control y seguimiento.

Paciente homosexual  
con VIH/SIDA

Persona enferma que convive con el virus de la Inmunodeficiencia humana y que adopta y vive bajo la condición libremente asumida de la preferencia sexual por individuos de su mismo sexo.

Juicio ético

Proceso reflexivo mediante el cual se analiza la condición de las situaciones que marcan la ciencia médica, la tecnología e insumos de aplicación para la solución del problema de salud enfermedad, las normas y disposiciones legales, los valores individuales y sociales, la dinámica de interacción social, el consentimiento informado, los principios de autonomía y beneficencia para la actuación del personal de salud bajo el criterio de calidad total, validado y aceptado por su experiencia humana y profesional, y su espíritu de servicio

## **Resumen**

El VIH/SIDA es un grave problema de salud pública cuyo mecanismo de transmisión es el denominado geográfico. Es una enfermedad infecciosa, transmisible y contagiosa. La principal vía de transmisión es la sexual y la susceptibilidad es general. El VIH/SIDA compete por presupuesto con una gama de enfermedades de magnitud mayor y coste menor, es un síndrome relacionado directamente con la expresión de la sexualidad y esta, con la necesidad-capacidad de amar y ser amado. Es una realidad en salud-enfermedad que mueve a discusión, misma que puede reducir o aumentar el estigma, la discriminación y por lo tanto repercutir sobre el buen o el mal trato que el personal de salud otorga al paciente. El ser humano que convive con el VIH/SIDA se enfrenta en el proceso de su atención con tres aspectos básicos: a) la inadecuada asignación de recursos presupuestales, b) la deficiente instrumentación de insumos, material y equipo y c) la interacción con personal insuficientemente calificado, poco sensibilizado e incapaz de otorgarle una atención con calidad total. En el acto médico actúan dos personas con dignidad, que manejan valores, que poseen derechos y tienen obligaciones dentro de un marco normativo específico: un marco institucional formal regido por los criterios del pragmatismo-utilitarismo y un marco dentro de una práctica médica deshumanizada. En ambos se presentan aspectos relativos a la Bioética como el rechazo, el estigma, la discriminación y el maltrato. El objetivo del presente trabajo es analizar el trato que se da al paciente homosexual y que cursa con VIH/SIDA. Para lograr el conocimiento holístico del problema en estudio se requiere de ir al evento, observarlo y describirlo tal cual se presenta; de abordarlo con el método de la investigación cualitativa utilizando las técnicas de observación no participante y la entrevista a profundidad en sujetos que cumplen la condición que señala el objetivo. Los principales resultados encontrados que no permiten otorgar una atención con calidad total son: fallas en el mecanismo de referencia-contrarreferencia, falta de insumos, carencia de personal calificado, escasas actividades de educación para la salud, espacios físicos inadecuados, manejo inapropiado de la información tanto verbal como escrita, problemas de transferencia, contratransferencia, y dificultades de accesibilidad. Tales irregularidades presentes a lo largo del proceso de atención explican el por qué aún con los esfuerzos puestos al servicio del derechohabiente, el paciente homosexual con VIH/SIDA no recibe la atención médica que demanda, como la requiere, como la merece y como esta descrita en la norma y los manuales de atención especializados.

Palabras clave: Aspectos bioéticos, VIH/SIDA y calidad de la atención.

## **Abstract**

HIV/AIDS is a serious problem in public health which mechanism of transmission is the so-called geographic. Is a contagious, transmissible and infectious illness. Sexual is the principal via of transmission and susceptibility is generalized. HIV/AIDS compete for financial resources with a gamma of illness of bigger magnitude and lower cost. Is a syndrome directly related to the expression of sexuality and this one with the need-capacity of love and being loved. It's a reality in health-illness with character as much individual as social which moves to discussion, the discrimination and because of these the good or bad treatment that medical personal brings to the patient. Human being living with HIV/AIDS faces today the process of his medical attention with the uncertain dilemma of three thorny problems: a) assignation of financial resources, b) instrumentation of medical supplies, material and equipment, and c) interaction with qualified and aware personal as much in technical as human issues, capable of bringing an attention within the conceptual and practical framework of total quality. In medical act interact two human beings with dignity which handle values, have rights and obligations. They interact within a defined and specific normative framework: a formal institutional one governed by pragmatic-utilitarian criteria and a frame within a dehumanized medical practice; frames in which aspects related to Bioethics like rejection, stigma, discrimination, mistreatment. The objective of the present work is to analyze the treatment given to homosexual patient who deals with HIV/AIDS. To achieve a holistic knowledge of the problem studied is required to go to the event, observe it and describe it the same way is presented; to tackle qualitative investigation method using the non-participant observing techniques and interview with subjects who fulfill with the condition by the objective. The principal results founded that don't allow to bring a total quality attention are: errors in the mechanism of reference-counter reference, lack of medical supplies, shortage of qualified personal, limited health education activities, inadequate physical spaces, inappropriate use of oral and written information and accessibility difficulties. Homosexual patient with HIV/AIDS does not receive the medical attention that he demands, like he requires it and deserves it and how is described in the law and in the specialized manuals of attention.

**Key words:** Bioethics aspects, HIV/AIDS and Medical Attention Quality.

## **Introducción**

El VIH/SIDA en el mundo y en México es un problema de Salud Pública, si bien en cuanto a su magnitud puede pensarse de primera intención que tanto incidencia como prevalencia son bajas, es decir parece ser que el número de casos no es de llamar la atención (1.2 x 100 000 en el mundo y 1x 100 000 en México para 2009) la tendencia es ascendente, un análisis del comportamiento epidemiológico de este síndrome nos muestra que la incidencia va en aumento y la prevalencia se mantiene estable, evento epidemiológico que por una parte manifiesta el pobre impacto de las acciones de Educación para la Salud, dado que en general el individuo poco se aleja de los factores de riesgo y más poco se acerca a los factores protectores, señal clara de que el personal de salud no ha convencido. Es decir, el derechohabiente no ha hecho suyo, no ha introyectado el concepto de la educación para la salud cuyo propósito es lograr que el individuo modifique su conducta, se aleje del factor de riesgo y se acerque al factor protector. En cuanto a la trascendencia del problema es álgido; incapacita y lleva a la muerte social y a la muerte real de los individuos que lo padecen y que curiosamente, se encuentran en etapas productiva y reproductiva, altera la dinámica y enferma a la familia, tiene un alto coste social y económico para los pueblos por lo que respecta a la vulnerabilidad, poco puede hacerse en lo técnico y sí mucho en lo humano.

En México todo ser humano merece respeto a su dignidad de persona independientemente de su actuar, es sujeto de derecho y por lo tanto es depositario de derechos y obligaciones, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos plasma en sus partes dogmática y orgánica los principios que para educación, salud, trabajo y dignidad de la vida estipula la Declaración Universal de los Derechos Humanos

Para abordar este tema, cabría hacerse las siguientes preguntas:

- ¿Realmente existe la normatividad adecuada en materia de salud para el manejo del paciente seropositivo al VIH/SIDA?
- ¿Existe la sustentación legal y jurídica pertinente y específica para el manejo del paciente seropositivo al VIH o con SIDA?
- ¿Cómo es la práctica del acto médico en particular y el proceso de la atención de los pacientes homosexuales con VIH/SIDA?

- ¿Qué piensa, qué siente y como interpreta su realidad el ser humano que cursa con VIH/SIDA?
- ¿Existe algún aspecto bioético relevante en común en el proceso de la atención de pacientes con VIH/SIDA?
- ¿Se cuenta con la infraestructura y los insumos necesarios para el manejo adecuado del paciente?

Ir buscando respuesta a las interrogantes a través de la Investigación Cualitativa, permite lograr un entendimiento holístico del problema en cuestión, obliga a emplear métodos referenciales interpretativos como los de la fenomenología, el constructivismo interpretativo y el interaccionismo simbólico, así como las técnicas de observación no participante y la entrevista a profundidad y con el propósito de entender el cómo percibe el paciente tanto el manejo médico como el trato que recibe y con ello identificar los aspectos bioéticos que se dan en el acto médico y ubicar a aquellos que son vulnerados, una vez identificados y dimensionados proponer acciones alternas que permitan mejorar el proceso del acto médico e impacte positivamente sobre el nivel de satisfacción del paciente por la atención recibida.

En cuanto a los aspectos bioéticos, este trabajo se ubica bajo la postura del Personalismo (corriente bioética) que toma como objeto de estudio a la persona y como campo de estudio el acto humano, es decir el actuar del hombre con la totalidad de su entorno (humano, físico y social) también es necesario hacer uso de los conceptos de otras corrientes bioéticas que pueden aportar elementos de análisis para entender el problema que la atención del paciente seropositivo o con síndrome de inmunodeficiencia adquirida y con la condición de homosexual implica, dentro del marco del Pragmatismo–Utilitarismo (corriente filosófica).

El propósito es mostrar en que tanto el quehacer cotidiano del personal de salud en una unidad médica está centrado en el ser humano –derechohabiente– que cursa con VIH/SIDA y que posee la característica de ser homosexual o bisexual. Constatar si se respeta sin distinción alguna la dignidad de persona humana, que ese derechohabiente posee por el simple hecho de ser persona. Cabe recordar que el marco operativo de una Unidad de Salud, se rige por la idea de “el mejor bien para el número mayor de personas.”<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> De la Torre, Areste, Lore, *La Construcción Social de una Condena*, Aries al instante, SA de CV, México, 2001, p 11

El VIH/SIDA es una enfermedad emergente de la década de los años ochenta. A partir de 1983 en el país se establece el marco jurídico–normativo por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y se le da soporte en 1986 en los artículos 134 y 136 de la Ley General de Salud. Contando con las caracterizaciones clínica, epidemiológica y sociocultural del evento VIH/SIDA en 1993 se publica la NOM–010–SSA–1993 Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

Aun con la reserva que la subnotificación de casos de VIH/SIDA implica; existen en el mundo 41.4 millones de personas afectadas, 36 millones de personas viven con el VIH/SIDA. En México se reportan aproximadamente 200 000 casos registrados, viven 130 000 personas con el VIH/SIDA y se presentan 4 000 casos nuevos por año. En el ISSSTE se registran 54 000 personas afectadas y viven 42 000 y se presentan 280 casos nuevos por año.<sup>2</sup> El reporte oficial de prevalencia señala que México ocupa el 13° lugar en el mundo y el 3° en América Latina.

Para el 2008 el VIH/SIDA afecta más al hombre que a la mujer (14:1 razón promedio), los individuos mayormente afectados se encuentran entre los 25 y los 34 años de edad, la forma más frecuente para la transmisión de la infección es la vía sexual el mayor número de casos se presenta en personas que viven en el Distrito Federal, Baja California, Jalisco, Morelos y Nayarit principalmente.

Durante casi 10 años la afectación es asintomática y/o con muy pobres, comunes y escasas manifestaciones clínicas, la susceptibilidad es general<sup>3</sup>, cualquiera puede ser portador y cualquiera puede recibir la infección.

En México el ser humano sujeto de derecho, mira como sus derechos políticos, sus derechos civiles y sus derechos sociales no son respetados y se manifiestan en una desigualdad sostenida, difundida y “legalizada” por el grupo en el poder y los medios de comunicación a las masas, quienes generan vigor a los prejuicios, favorecen actitudes y prácticas claramente discriminatorias y ejercen un poder controlador y coercitivo sobre los grupos minoritarios y desprotegidos (indígenas, mujeres, discapacitados, pobres, niños, adultos mayores, homosexuales y bisexuales).

---

<sup>2</sup> Magis, Carlos y Hernández, Mauricio, *Epidemiología del SIDA en México*, INSP–SSA, México, 2008. Estadísticas CENSIDA, DEGPI, SSA, México, 2008

<sup>3</sup> *Ibidem*

*La propuesta de los liberales es considerar que la homosexualidad y/o la bisexualidad es un crimen sin víctima. Todas las injusticias discriminadoras basadas en características arbitrarias y moralmente irrelevantes como la raza o el sexo, o la preferencia han sido racionalizadas apoyándose en la idea de que la víctima no es un ser humano cabal<sup>4</sup>*

El VIH/SIDA es para el individuo que vive con él, una parte de sí, una parte más de sus actividades cotidianas –en el mejor de los casos– o una sentencia de muerte –en el peor de los casos– y esta es la realidad a partir de la cual conforma su nueva identidad y con ella responde a la vida, a la sociedad y a sí mismo.

Para la mayoría de individuos que no viven con el VIH/SIDA, es ésta una enfermedad, sobre la que no quieren oír, una enfermedad cuya mención les provoca temores, pesadillas y repugnancia.

La infección no es más que la entrada de un retrovirus –ARN de cadena positiva– que codifican una ADN polimerasa ARN dependiente –transcriptasa inversa– y se multiplica a través de un ADN intermedio. La copia ADN del genoma vírico es integrada en el cromosoma del huésped para convertirse en un gen celular. Estos pasos refutaron el dogma central de la biología molecular, según el cual la información pasaba de un ADN al ARN y después a las proteínas. El período de incubación es largo, el período de portador lo es más. La fase final se manifiesta clínicamente por todo tipo de enfermedades oportunistas con ataque al estado general. Los estudios de ELISA, WESTERN BLOT, CUENTA DE CD4 la CARGA VIRAL, no dejan duda alguna, han pasado aproximadamente 10 años para ir de seropositividad al VIH a enfermo de SIDA.

La sexualidad esencia misma del ser humano forma de expresión y acercamiento entre los humanos a través del sexo, una conducta sexual calificada como “aceptable” varía de una cultura a otra. Etiquetamos como “antinatural” aquello que desconocemos, o bien aquello que difiere del referente hegemónico. Toda expresión sexual es digna, excepto aquellas en las que se recurre a la violencia, al abuso o a la discriminación. Es digna bajo el mutuo acuerdo de responsabilidad de las personas que se involucran.

---

<sup>4</sup> Valdez, Margarita (comp.) Wertheimer, Roger, *Controversia sobre el aborto*, México, UNAM/FCE, 2001, p. 31

La discriminación del homosexual y del bisexual persiste hoy día aún con la supuesta apertura, entendimiento y aceptación de la diversidad, del reconocimiento y respeto debido al disidente, la discriminación es mayor si el disidente cursa con VIH/SIDA.

En acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales, (DSMD-4) APA la homosexualidad no es una patología, y la homofobia es una violencia generada por el miedo (cultural) no instintiva ni connatural, proyecta en el otro lo que no me gusta en mí.<sup>5</sup>

Atender derechohabientes con VIH/SIDA en la Unidad de Medicina Familiar del Primer Nivel de Atención donde laboro, me llevó a la necesidad de entender de manera global el evento salud-enfermedad, al ser humano que lo vive, al personal de salud que le atiende y a buscar formas de lograr otorgarles un servicio bajo el criterio de calidad total.

Para el efecto me planteo el objetivo general de analizar el trato que se da en el proceso de la atención –acto médico– al paciente homosexual seropositivo al VIH y/o que cursa con SIDA, en una Unidad Médica del Primer Nivel de Atención del ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) y como propósito busco que el paciente homosexual seropositivo al VIH y/o que cursa con SIDA reciba una atención médica de calidad total y que su nivel de satisfacción sea calificado por él como excelente.

Para lograr el objetivo general me planteo los siguientes objetivos específicos: contrastar la normatividad vigente con la realidad de operación en la atención del paciente seropositivo al VIH/SIDA; identificar la sustentación legal y jurídica pertinente para el manejo del paciente VIH/SIDA; analizar las discrepancias encontradas al comparar la NOM- 010-SSA2-1993 para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana y la realidad en el proceso de la atención de pacientes con infección por VIH/SIDA; e identificar los aspectos bioéticos más vulnerados frecuentemente encontrados en el proceso de la atención del paciente VIH/SIDA.

Este trabajo está conformado por: marco teórico, mismo que consta de 3 capítulos, el capítulo 1, en donde se desarrolla el tema del virus de la deficiencia humana (VIH), el síndrome clínico, sus estadios (SIDA) y el manejo clínico de ambos. El capítulo 2, sobre la expresión de la sexualidad, los derechos humanos, derechos sexuales partes esenciales del pensar, el sentir,

---

<sup>5</sup> *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, American Psychiatric Association (APA), Masson, USA, 2001, p. 302.85

el querer y el actuar de un ser humano individual y en sociedad. El capítulo 3 aborda los aspectos bioéticos en los que se da el proceso de la atención médica, elementos clave e importantes que se consideran son el personalismo, el pragmatismo–utilitarismo y la dignidad de la persona humana, finalmente, el marco metodológico de la investigación cualitativa en general –Fenomenología, Interaccionismo simbólico y Constructivismo interpretativo– así como lograr comprender como es el trato que reciben los pacientes seropositivos con condición de homosexual en los servicios de atención médica sanitaria utilizando para ello la observación y la entrevista a profundidad para obtener el conocimiento cualitativo, elemento central del presente trabajo. Este conocimiento se traduce en resultados que se interpretan y facilitan el establecimiento de conclusiones y recomendaciones quehacer primordial de la Bioética.

Los nombres de los pacientes son reales, ellos están en acuerdo en manejar la filosofía de “dar cara a la enfermedad” Esta idea nace realmente al seno de los grupos y la Asociación no gubernamental de pacientes seropositivos al VIH y/o con SIDA, letra S en La Jornada la difunde y luego la SSA a través de CONASIDA la hace suya.

Dar cara a la enfermedad evidencia que los enfermos de SIDA existen, que son seres humanos como cualquier otro ser humano y su propósito es crear en la población general la cultura de la prevención como lo es el uso del condón y la práctica de relaciones sexuales responsables, protegidas y seguras. Con el propósito de evitar que otros individuos se contagien y enfermen.

## **Antecedentes**

Mi primer contacto en concreto con el problema.

En agosto de 1986 llegó Pablo a la clínica para solicitar atención médica por una serie de infecciones gastrointestinales que no cedían al tratamiento médico convencional: 6 consultas por gastroenteritis infecciosa en un período de 3 meses, el manejo con antibióticos y sintomáticos pertinentes, las medidas higiénicas y dietéticas bien detalladas y los estudios de laboratorio correspondientes.

En esa primera visita de Pablo a Medicina Preventiva, durante la reelaboración del interrogatorio de la historia clínica se construyó el perfil del paciente: Masculino de 22 años, Arquitecto de profesión, homosexual, independiente, solvente económicamente, con formación en Historia del Arte, dedicado a la restauración de museos y edificios. Al principio hermético, serio ya con el trato y el paso del tiempo Pablo se comportaba alegre, educado, respetuoso.

Cursando con gastroenteritis infecciosa refractaria al tratamiento y síndrome depresivo.

El manejo inicial fue: Conducta expectante, suspensión de medicamentos, extremar medidas higiénicas y dietéticas. Solicitar exámenes de laboratorio, iniciar protocolo para VIH, con pruebas de ELISA, (Ensayo inmunoenzimático) y WESTERN BLOT (inmunoelctrotransferencia).

Informé a Pablo con respecto al procedimiento y a la pertinencia de proceder de esta manera en busca de su salud perdida y de lograr la certidumbre diagnóstica para actuar en consecuencia.

Como médico epidemiólogo, nunca me había enfrentado con un paciente seropositivo al VIH/SIDA. Una interrogante me surgió de pronto; ¿y qué se hace en este caso, con este paciente aquí y ahora?

Trabajando con Pablo, llegó Félix, y llegaron Enrique, Leonardo, Víctor, Juan Carlos, Alejandro, Jesús y... y..., de tal suerte que de pronto, sin quererlo y sin proponérmelo, se

había conformado un grupo. Todos diferentes y todos iguales; con historias distintas pero confluentes... Así diseñamos un programa e iniciamos los trabajos. El eje rector: conocernos y apoyarnos. Las modalidades de trabajo son tres básicamente:

1. Sesiones técnicas de información, orientación y capacitación con respecto al VIH/SIDA.
2. Sesiones de intercambio de vivencias y estrategias para vivir con el VIH/SIDA en lo individual, en lo familiar y en lo social.
3. Talleres de vida para dar cara a la enfermedad y vivir el aquí y el ahora, hasta donde durara.

En este caminar en grupo en prácticamente 24 años; llegaron 32 pacientes, 2 femeninos, 30 masculinos, con edad promedio de 35 años, 3 heterosexuales, 3 bisexuales, 26 homosexuales, 6 defunciones, 26 viven con el VIH/SIDA, 3 con síndrome de desgaste, 23 sin sintomatología aparente, 19 en tratamiento con antirretrovirales; 7 sin tratamiento, de los cuales, 2 por elección personal, 2 por presentar niveles CD4 y Carga Viral considerados dentro de valores aceptables y 2 por no demostrar derechohabiencia. En ese compartir vivimos: Inequidad al acceso, barreras a la accesibilidad, falta de medicamentos, incumplimiento en tiempo y forma de actividades de control (estudios de laboratorio y gabinete) diferimiento de la consulta médica, maltrato, discriminación, estigmatización, rechazo, etcétera.

El VIH/SIDA llegó a México a mitad de la década de los 70 es una enfermedad infecciosa, trasmisible y contagiosa, una enfermedad emergente de la década de los ochenta. A partir de 1983 se establece el marco jurídico-normativo por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) con acuerdo a los artículos 134 y 136 de la Ley General de Salud (LGS) en mayo 1986 se identifica adecuadamente a los factores de riesgo, al caracterizar el VIH/SIDA, se encuentran factores tales como: la práctica de relaciones sexuales sin protección así como la disposición de sangre y sus componentes y, el trasplante de órganos y se regula en los artículos 332, 462, en la LGS y los reglamentos correspondientes, mayo de 1987.

Se redefinen las acciones de información, orientación y capacitación sobre el VIH/SIDA dirigidos a la población en general y al personal de salud. En agosto 1988 se crea el Consejo Nacional para la prevención y el control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (CONASIDA) se inicia la realización de pruebas rápidas y encuestas epidemiológicas de conocimiento, actitud y práctica (CAP) dirigidas a los llamados *grupos de riesgo*:

homosexuales, bisexuales y prostitutas, principalmente. Estableciéndose que la principal vía de transmisión tanto en México como en el mundo lo es la vía sexual. En 1993 se publica la NOM-010-SSA2-1993 Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.<sup>6</sup> Esta Norma, tiene por objeto actualizar y uniformar los principios y criterios en operación de las instituciones de salud componentes del Sistema Nacional de Salud, con respecto a las actividades relacionadas con la prevención y el control de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional y para todo el personal que labora en unidades de servicios de salud de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

En 2007 se aplica la Encuesta Nacional de Prevalencia de VIH/SIDA en México cuya conclusión es que: el impacto de las acciones es muy pobre y la penetración en la población respecto de las acciones y conceptos del programa de educación para la salud estaba también muy lejos de lo esperado. El estudio de costo beneficio arrojó cifras rojas, se había gastado mucho y logrado poco.<sup>7</sup>

A pesar de los enormes esfuerzos que el Sector Salud ha realizado a lo largo de 25 años, José Ángel Córdoba concluye que los logros alcanzados hasta el 2008 son pobres notifica que apenas se ha llegado a la mitad de la meta programada para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio e invita a redoblar esfuerzos coordinando acciones para mejorar resultados pues la fecha límite para lograr el reto es en 2015.<sup>8</sup>

El reto para el 2011 es lograr el acceso universal. Esto es que todo mexicano que requiera diagnóstico y tratamiento para el VIH/SIDA no encuentre en su camino barreras de acceso ni de accesibilidad para el control adecuado de su salud-enfermedad con calidad total, independientemente del estadio en el que se encuentre dentro del VIH/SIDA. Y por otra parte que todo mexicano que no curse con VIH/SIDA acceda sin dificultad a la información técnica, sencilla, comprensible y convincente para que evite el factor de riesgo.

José Ángel Córdoba señala que el VIH/SIDA es un problema de salud y un problema ético, y plantea que el reto consiste en superar el objetivo 6, meta 7, indicadores 18, 19, 19a y 20,

---

<sup>6</sup> NOM-010-SSA2-1993 Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por virus de la Inmunodeficiencia humana.

<sup>7</sup> Óp. Cit. en 2

<sup>8</sup> Córdoba, J. Ángel y Cols, *25 años de Sida en México; logros, desaciertos y retos*, SSA-INSP-CENSIA, México, 2008, p. 84

puntos que consisten en combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015 la propagación del VIH/SIDA. Disminuir la prevalencia de VIH entre gestantes de 15 a 24 años de edad. Aumentar el uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos. Utilización de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo. Aumentar el porcentaje de la población de 15 a 24 años de edad que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA. Aumentar la relación entre la matrícula de niños huérfanos y la matrícula de niños no huérfanos de 10 a 14 años de edad que la OPS emitió para la Salud en las Américas y que México adoptó.<sup>9</sup>

Magis R. y Hernández M señalan que podemos aceptar que en el mundo hay 41.4 millones de personas afectadas, 36 millones de personas viven con el VIH/SIDA. En México se encuentran afectadas 200 000, viven 130 000 y se dan 4000 casos nuevos por año. México ocupa el 13º lugar en el mundo y el 3º en América Latina, según casos notificados. En el ISSSTE se reportan 54 000 personas afectadas, viven 42 000 y se presentan 280 casos nuevos por año.<sup>10</sup>

En la clínica Marina Nacional del Primer Nivel de Atención en el ISSSTE en 2010 reporta: 32 personas se encuentran registradas como afectadas de estas 2 femeninas y 30 masculinos, la edad promedio es de 35 años, 3 se definen como heterosexuales, 3 como bisexuales y 26 como homosexuales. Actualmente viven 26 personas y 6 han muerto, 3 cursan con Síndrome de desgaste y 23 sin sintomatología aparente, 19 cuentan con tratamiento antirretroviral y 7 están sin tratamiento de ellos 2 por elección personal, 2 por contar con niveles CD4 y carga viral aceptables y 2 por no ser derechohabientes; además, se presentan 2 casos nuevos por año en promedio, desde 1986. A lo largo de estos años, se ha conformado un registro nominal de casos en el servicio de Medicina Preventiva de la Unidad Médica.

Los documentos oficiales de notificación son enviados a la Jurisdicción Sanitaria en Azcapotzalco.<sup>11</sup>

En México, el primer caso del padecimiento se notificó en 1983, y su impacto en el Sistema Nacional de Salud, en la sociedad, y en el individuo se manifestó en 1985. En México de 1983 a 1990 se vivió el evento salud–enfermedad VIH/SIDA conocido como distribución de casos, con tendencia ascendente. De 1991 a 1997 el evento fue de ubicación del padecimiento

---

<sup>9</sup> Óp. Cit. en 8, p 290

<sup>10</sup> Ibídem, p. 260

<sup>11</sup> Estadística del Servicio de Medicina Preventiva de la UMF Marina Nacional , ISSSTE, México, 2010

y la tendencia estacionaria. De 1998 a la fecha el evento es de distribución –ubicación y de tendencia mixta; desciende la mortalidad y asciende la morbilidad. En el Distrito Federal, Baja California, Jalisco, Morelos, Nayarit, Baja California Sur, Yucatán y Puebla se concentra el mayor número de casos (57%) y en Sinaloa, Chihuahua, Tabasco, San Luis Potosí, Zacatecas, Chiapas, Durango y Guanajuato, se ubica el menor número de casos (17%). El resto (26% se distribuye en los otros estados de la República).<sup>12</sup>

En la SSA se concentra el 60% del total de casos VIH/SIDA, en el IMSS el 25%, en el ISSSTE el 7% y en las otras instituciones el 8% restante.<sup>13</sup>

El VIH/SIDA afecta más al hombre que a la mujer con una razón promedio de 14:1 y el grupo de edad mayormente afectado es el que conforman los individuos entre 25 y 34 años de edad (esto quiere decir que se infectaron entre los 15 y 24 años de edad), dado que el tiempo promedio entre el momento de la infección y la expresión clínica del síndrome es de 10 años. La mortalidad presenta un indicador de 2.64 x 100 000, es decir de cada 100 000 individuos enfermos 27 mueren por VIH/SIDA y con una razón de 7:1 (hombre-mujer).<sup>14</sup>

La vía de transmisión en adultos en primer lugar sigue siendo la sexual o coital (85%), le sigue la sanguínea (5.2%) y el restante (9.8%) se debe a otras formas. En la población infantil la vía perinatal es la más frecuente (61%) le sigue la sanguínea (37%) y la sexual ocupa el último lugar (2%) de los casos.<sup>15</sup>

José Ángel Córdova, resume el panorama de la siguiente manera:

*La medición de casos VIH/SIDA, el análisis de la evaluación; incidencia, prevalencia y tendencia de 1983 a la fecha nos permite conocer el panorama epidemiológico, el análisis de las acciones emprendidas, el comportamiento clínico–epidemiológico del padecimiento, la variación presentada en acuerdo con el grupo prioritario afectado – Hemofílicos, homosexuales, bisexuales, amas de casa, heterosexuales, así como el análisis de costo/beneficio; nos permiten concluir que estamos frente a un real y verdadero problema de Salud Pública y que habrá que redimensionarlo y redefinir estrategias con el propósito de enfrentarlo y controlarlo con éxito, la meta es abatir la incidencia y sostener la prevalencia en cantidad, calidad y dignidad.<sup>16</sup>*

<sup>12</sup> Óp. Cit. en 3

<sup>13</sup> Estadísticas CENSIDA–DEGPI–SSA–INSP, México, 2008

<sup>14</sup> Ibíd. P. 34

<sup>15</sup> Ibíd. P. 36

<sup>16</sup> Óp. Cit. en 8, p. 92

La detección de este grupo de pacientes y su manejo inicial sigue siendo del dominio de las Unidades Médicas del Primer Nivel de Atención. El manejo de las complicaciones y el control del uso de medicamentos antirretrovirales se otorga en unidades del segundo o tercer niveles de atención, proceso que dificulta la atención integral del paciente seropositivo y generalmente, la dificultad se presenta por fallas de comunicación entre el personal de salud de los tres niveles de atención (referencia y contrarreferencia) y las diferentes posturas e interpretaciones que el personal de salud posee y maneja en relación con el VIH/SIDA.

Aún y cuando las normas éticas vigentes aplicables al personal de salud en general no permiten ni la discriminación, ni el rechazo de los pacientes infectados por el VIH o enfermos de SIDA. La discriminación, la negación de la atención, la escasez de insumos, la estigmatización y el maltrato de los infectados por el VIH y de los enfermos con SIDA por parte del personal de salud de cualquier institución siguen presentes actitudes inaceptables sin argumento válido que las justifique; generalmente es por homofobia (en el caso de individuos homosexuales) o por miedo e ignorancia. Cabe recordar que se trata de una persona que vive con el VIH/SIDA y que tiene derecho a una mejor calidad y un mayor tiempo de vida.

La susceptibilidad es general y la característica clínica de la afectación es asintomática (infección por VIH), sintomática (según germen oportunista) y de franca enfermedad SIDA, cuando presenta manifestaciones clínicas sistémicas e inmunológicas particulares del SIDA.

Para ubicar un caso confirmado, habrá que contar con los tres criterios:

- Criterio clínico
- Criterio técnico (laboratorio y gabinete)
- Criterio epidemiológico (fuente de la infección)

En México, la persona humana no puede ser ni esclavo, ni sujeto de discriminación.<sup>17</sup> Esto en acuerdo con el artículo 1 de nuestra Carta Magna. Excepto que la persona seropositiva al VIH o enferma de SIDA, es discriminado debido a su condición clínica. Aún y cuando esto es una realidad, no está oficialmente documentado.

En México, el individuo sujeto de derecho es violentado en sus derechos políticos, civiles y sociales, según la moda, el grupo en el poder y la sociedad, en la cual se desempeña. Esta

---

<sup>17</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 1, Porrúa, México, 2010

situación deforma y pervierte la dinámica social de la sana convivencia entre los mexicanos, en un clima de respeto y solidaridad; por el contrario los ideales pedagógicos esperados, pero no encontrados generan confusión, enajenación y discriminación; ideales manejados por los grupos de poder, cuyo propósito parece ser la desinformación y la enajenación. Así lo refiere Marta Lamas, sin aportar datos duros.<sup>18</sup>

Basta señalar que lo que ocurre con los homosexuales y los bisexuales, a pesar de ciertos avances sociales en cuanto a tolerancia y aceptación de la diversidad se refiere, las prácticas discriminatorias persisten causando en los estratos pobres y en los denominados grupos disidentes sufrimientos inconcebibles e inaceptables por el sólo hecho de “no ser normales”.

La discriminación es considerada un atentado a la dignidad de la persona humana, acción que limita oportunidades y violenta derechos. La práctica discriminatoria vulnera lo que el primer artículo de la Declaración de Derechos Humanos tutela “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y en derechos, y dotados como están de razón y de conciencia, deben compartirse fraternalmente los unos con los otros”.<sup>19</sup>

A lo largo de la historia de la humanidad varios filósofos han ponderado tanto la dignidad como la igualdad de los seres humanos por ejemplo los estoicos desarrollaron concepciones universalistas e igualitarias, como marco normativo para todos los seres humanos. El cristianismo promovió la igualdad y a la larga sentó las bases de una nueva concepción del ser humano y de su dignidad como persona. San Agustín dice que: “El nacimiento de todo ser humano marca el inicio de una historia particular, individual, específica. Asimismo, Hobbes, Locke, Rousseau y Kant comparten y dan sustento a la idea igualitaria del hombre, sólo que el universalismo del planteamiento es negado por el particularismo discriminatorio de sus aplicaciones. Excepto que Kant sentencia que el hombre es un fin en sí mismo y por ningún motivo puede ser visto sólo como un medio<sup>20</sup>, para Weber: “Toda dominación, toda discriminación genera la necesidad, incluso para los propios dominadores, de ser legitimada, es decir, validada por creencias e ideologías encargadas de demostrar porque es justa la

---

<sup>18</sup> Lamas Marta, *Cuerpo; diferencia sexual y género*, Taurus “Pensamientos”, México, 2002

<sup>19</sup> Declaración Universal de Derechos Humanos, ONU, New York, 1948

<sup>20</sup> Xirau, Ramón, *Introducción a la historia de la filosofía*, Textos Universitarios, UNAM, México, 2005

discriminación”.<sup>21</sup> Esto es que el ser humano universal merece respeto y trato digno, precisamente por su calidad y dignidad de persona humana.

También para el ISSSTE como institución y para el personal de salud como servidores públicos se considera que el derechohabiente es nuestra razón de ser, es parte del equipo, no es el balón con el que se juega. Es una persona muy importante es un ser humano como yo mismo, con diferentes circunstancias y en diferentes condiciones.

Es decir, que todo individuo merece ser tratado con dignidad, así lo define Pico de la Mirandola, en cuanto a la dignidad del hombre:

*Ninguna cosa más admirable de ver que el hombre... gran milagro, oh Asclepio, es el hombre... el hombre es el intermediario de todas las creaturas, emparentado con los superiores, rey de los inferiores, por la perspicacia de sus sentidos, por la penetración inquisitiva de su razón, por la luz de su inteligencia, interprete de la naturaleza, cruce de la eternidad estable con el tiempo fluyente... es el ser vivo más dichoso, el más digno... el hombre no tiene de por sí y de nacimiento una figura propia, si muchas ajenas y advenedizas... una vez nacidas con esta condición dicha, de que seamos lo que queremos ser.*<sup>22</sup>

Eso y más es el ser humano, esa dignidad tiene y no otra, el otro y es mi referente. Si no existiera el otro con todas sus circunstancias, con sus problemas y sus dolores con sus luces y sus sombras, no tendría yo razón de ser.

El hombre es él y sus circunstancias no se trata simplemente de etiquetar a un ser humano, es preciso entender que la situación de las condiciones del ambiente donde se desarrolla influyen en él, le impactan y le pueden llevar –según su interpretación– ha manifestar diferentes formas de actuar. Ignacio Valenzuela lo expresa de la siguiente manera:

*Nueva York como escenario: el voraz incendio que redujo a Brooklyn entero a cenizas en el siglo XVIII; la gran crisis de la bolsa de Walt Stret, a comienzos del siglo XX, que favoreció un período de corrupción administrativa que entronco con el fenómeno del gangsterismo y que provocó que la tasa de suicidios aumentara como la espuma; la bancarrota que tuvo que admitir el gobierno neoyorquino, en 1977, cuando la ciudad tocó fondo igual que un ancla que se estrella en el suelo marino. A mediados de la década de los 80, las calles de Nueva York hervían de mendigos, delincuentes y prostitutas. Como unas modernas Sodoma y Gomorra, el vicio había echado sus redes con la idea de no moverse de ahí. Fue entonces que el SIDA se expandió igual que una*

<sup>21</sup> Weber, Max, *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*, FCE, México, 2003

<sup>22</sup> De la Mirandola, Pico, *De la dignidad del hombre*, Editora Nacional, Madrid España, 1984, p. 103

*mala noticia y diezmó barrios enteros, redujo la fuerza laboral a la mitad y convirtió el sexo en una actividad de vida o muerte”.*<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Valenzuela, J. I., *El filo de tu piel*, Punto de lectura, Ed. Santillana, México, 2000, p 27

## **Objetivo General**

Analizar el trato que se da en el proceso de la atención al paciente homosexual seropositivo al VIH y/o que cursa con SIDA, en una Unidad Médica del Primer Nivel de Atención del ISSSTE.

## **Propósito**

Que el paciente homosexual seropositivo al VIH y/o que cursa con SIDA reciba una atención médica bajo el criterio de calidad total y que el nivel de satisfacción sea calificado por el mismo paciente como excelente.

## **Objetivos específicos**

1. Contrastar la normatividad vigente con la realidad de operación en la atención del paciente seropositivo al VIH/SIDA.
2. Identificar la sustentación legal y jurídica pertinente para el manejo del paciente VIH/SIDA.
3. Analizar las discrepancias encontradas al comparar la NOM-010-SSA2-1993 para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana y la realidad en el proceso de la atención de pacientes con infección por VIH/SIDA.
4. Identificar los aspectos bioéticos más vulnerados frecuentemente encontrados en el proceso de la atención del paciente VIH/SIDA.
5. Describir la impresión e interpretación del paciente ante la atención que el personal de salud le otorgó y que éste recibe en el acto médico, así como en el acceso y accesibilidad para la atención.
6. Describir cómo califica el paciente la atención médica y administrativa que recibe.

## **Justificación**

Desde el marco referencial cabe señalar que los aspectos constitucionales, jurídicos, legales, normativos y administrativos que sustentan, validan y animan a emprender acciones que promuevan un trato de calidad total a pacientes seropositivos, están ubicados y explicitados en los siguientes documentos:

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el artículo 4º señala: el varón y la mujer son iguales ante la Ley [...] toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios [...] toda persona tiene derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar. Esta idea se describe y define para fines normativos y de operación en la Ley General de Salud en su primer Título, primer Capítulo y sus tres primeros artículos, clasifican y amplían el derecho a la protección de la salud a la concurrencia de la federación (Secretaría de Salubridad y Asistencia) y a la participación activa; obligaciones y derechos de los mexicanos para acceder a los servicios de salud. Y para el trabajador al Servicio del Estado, la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo, el Programa Nacional de Salud y la Ley General de Salud, establece en la exposición de motivos que el ISSSTE ha de ser una Institución de Seguridad Social en México, que satisfaga las demandas de sus derechohabientes, que brinde servicios de salud eficientes [...] y capaz de enfrentar el nuevo perfil epidemiológico (VIH/SIDA) y preserve la cobertura de servicios de salud en beneficio de los trabajadores.

Esta misma Ley en su cuerpo Título primero, artículo 3 establece con carácter obligatorio, en cuanto a salud el otorgamiento de: atención médica preventiva, atención médica curativa y rehabilitación física y mental. En el artículo 10 establece la confidencialidad de la información del paciente. En ese mismo Título primero, capítulo II —seguro de salud— artículos 28 al 31 se establecen las modalidades, obligaciones y derechos para que el derechohabiente acceda a los servicios de salud.

La guía de manejo antirretroviral de las personas que viven con el VIH/SIDA 2005-2006 del CONASIDA, establece la necesidad e importancia de proporcionar atención integral a este grupo de personas y por lo tanto el programa de acción VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) amplía las actividades de detección y atención especializada en todo

el país, incluyendo la política de otorgar medicamentos antirretrovirales de manera gratuita para las personas que los requieran. Por otra parte, en el capítulo concerniente a la “Evaluación Inicial de la Persona” que vive con el VIH/SIDA puntualiza: Historia clínica completa, exploración física minuciosa y completa, estudios de laboratorio y gabinete específicos, ingreso a protocolo de manejo, valoraciones especiales y pertinentes según el caso (cada paciente) seguimiento de caso y evaluación del proceso de evolución.

La Guía Institucional para el Manejo del Paciente con Infección por VIH/SIDA señala que a pesar de los avances científicos y tecnológicos en materia de VIH/SIDA, es particularmente preocupante el hecho de que persista la discriminación, la negación de la atención, la estigmatización y el maltrato de los pacientes (derechohabientes) infectados por el VIH y enfermos con SIDA, por parte del personal de salud.

Esta Guía, hasta es la norma para el manejo de derechohabientes que cursan con el VIH/SIDA, lleva de la mano al médico especialista y al médico familiar para que esté en posibilidades de otorgar una atención médica integral con calidad total. El tratamiento con medicamentos es uno de los aspectos más trascendentes y complejos en relación al pronóstico y la calidad de vida, por el momento y esto lo contempla la Guía; la muerte, aunque no es una invitada grata, se hace presente, ahí está, cerca, esperando [...] y el médico ha de confrontar esta realidad recordando que la única condición para morir es estar vivo, ésta hasta hoy enfermedad terminal debe entrenar al personal de salud para manejar adecuada y humanamente tanto el proceso de la enfermedad como el fenómeno de la muerte.

Frente a la notificación de la enfermedad VIH/SIDA, el paciente se preocupa y se pregunta por saber si va a contar con atención médica y con los medicamentos específicos, si va a recibir apoyo psicológico, a conservar su trabajo, si tiene que modificar su estilo de vida, cuál será la evolución de su enfermedad, si pronto vendrá la muerte (casi la ve de cara) o por lo menos, más cerca que otros, si será aceptado o rechazado por la familia o la sociedad, si podrá abrirse y comunicarse, si podrá manejar sus miedos, su angustia, su depresión... Y para ello la Guía señala la necesidad de la intervención por el tanatólogo. El paciente tiene el derecho y la obligación de conocer los Derechos del Enfermo Terminal. Documento elaborado por Marcela Feria Ochoa. Que a continuación transcribo:

### **Derechos del enfermo terminal**

- *A ser tratado como un ser humano “vivo” hasta que muera.*
- *A no ser engañado sobre mi diagnóstico y alternativas.*
- *A abrigar un sentimiento de espera, sin importar cuán cambiante sea su enfoque.*
- *A expresar mis sentimientos y emociones sobre mi próxima muerte, a mi modo y como mejor pueda.*
- *A participar en decisiones concernientes a mi persona aún cuando pueda ser dolorosa para otros.*
- *A esperar atención médica, psicológica y de enfermería, de forma continua, aún cuando los objetivos de curación deban cambiar a objetivos de comodidad.*
- *A no morir abandonado y a no sufrir dolor.*
- *A que me contesten con la verdad y claridad mis dudas.*
- *A que no se me mienta, y a que sin mi apoyo, otros tomen decisiones sobre mi vida que no es la suya.*
- *A recibir ayuda para mi familia para recibir mi muerte.*
- *A morir en paz y con dignidad.*
- *A conservar mi individualidad y a que no se juzgue por mis decisiones que pudieran ser contrarias al parecer o a las creencias de otros, incluyendo a mi familia.*
- *A recibir apoyo espiritual continuo y acrecentar mis experiencias religiosas y espirituales sin importar lo que para otros pueda significar y sin que se violenten mis creencias religiosas.*
- *A que me cuiden personas sensibles, preparadas en sus áreas y conscientes que intentarán comprender mis necesidades y podrán obtener alguna satisfacción humana, profesional, mística, al ayudarme a encarar mi muerte y el proceso de morir.*
- *A esperar que se respete lo sagrado o reverente del cuerpo humano, de mi cuerpo después de la muerte.<sup>24</sup>*

EL Manual de Vigilancia Epidemiológica VIH/SIDA tiene como finalidad contribuir al control de la epidemia (pandemia) del VIH/SIDA en México y establece como compromiso el lograr mantener y difundir un conocimiento actualizado de la evolución continua del problema, puntualizar los criterios y los procedimientos diagnósticos. Asimismo realizar estudios de caso y manejar la notificación de los contactos debe llevarse a cabo teniendo en cuenta los siguientes principios (consideraciones éticas):

1. Respeto a los derechos humanos y a la dignidad de la persona humana (contacto y caso índice).
2. Coordinación con otras actividades de la Atención Primaria (Detección, acceso, tratamiento y seguimiento).
3. Asegurar acceso y accesibilidad a todo paciente relacionado con el problema.
4. Confidencialidad de la información verbal y escrita.

---

<sup>24</sup> Feria, O. Marcela, *Derechos del enfermo terminal, Guía Institucional (ISSSTE) para el manejo del paciente con infección por VIH/SIDA*, México, 2002

5. No realizar determinación de anticuerpos VIH a ninguna persona si no lo acepta bajo consentimiento informado, a menos que pretenda ser donante de sangre, órganos o tejidos.
6. señala el procedimiento para notificar el resultado de los estudios realizados a los individuos<sup>25</sup>

Jon D Kaiser, en *How to rebuild your immune system*, puntualiza que un paciente bien informado aceptará de buen grado las medidas protectoras a seguir; un paciente tratado como persona humana digna de respeto enfrentará con energía y disfrutará de los logros obtenidos haciendo del virus un compañero de vida y disfrutará su vida y será capaz de generar y realizar proyectos.<sup>26</sup> Entenderá, aceptará y practicará los medios higiénicos y dietéticos, manejará adecuadamente el estrés emocional y espiritualmente se sentirá bien consigo mismo, dará cara a la enfermedad e interactuará con otros seres humanos. Logrará apego al tratamiento con medicamentos, reducirá los efectos secundarios de éstos y recobrará el vigor físico y sexual. En una palabra no estará muerto socialmente antes de morir orgánicamente. Tendrá una vida normal una vez que se conoce, se acepta y vive. A la pregunta ¿qué ha cambiado?, contestará: *antes era seronegativo, hoy soy seropositivo, pero sigo siendo Yo.*

Es importante recordar que tanto la investigación clínica como la realización de estudios de laboratorio y gabinete deben efectuarse a petición del paciente, por conveniencia del caso en cuestión, bajo información y bajo consentimiento del paciente, los resultados de laboratorio y gabinete son un recurso auxiliar para el diagnóstico integral de caso VIH/SIDA. Por tanto, no deben utilizarse con fines ajenos a la protección de la salud del individuo, esto es, no se trata de cubrir un requisito con fines de acceso a la recaudación de impuestos, testamento, empleo, matrimonio, pertenencia a instituciones, despido de un empleo, o para impedir salida ó ingreso al país, etcétera.

Además cabe aclarar que todo tipo de documentación que se maneje durante el proceso de atención médica, ha de ser notificada y/o entregada al paciente, o bien resguardarse en la Unidad Médica y/o enviar a otra instancia. La documentación y la información han de ser manejada con la mayor discreción y confidencialidad posibles, con el fin de cuidar la buena

---

<sup>25</sup> *Manual de Vigilancia Epidemiológica*, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica (INDRE) SSA, México, 1990

<sup>26</sup> Jon, D. Kaiser, *How to rebuild your immune system*, Health First, mil Valley, California, USA, 1999

fama y la dignidad del paciente. Sólo se podrá otorgar documentación a terceros ante solicitud por escrito de autoridad judicial competente.

Como puede observarse la legislación, la normatividad y la operatividad de las Unidades Médicas para la atención del paciente VIH/SIDA se encuentran adecuadamente detalladas y dan el sustento para que todo ser humano mexicano sea tratado con equidad en igualdad de oportunidades y con acuerdo a su dignidad de persona humana. La realidad de operación parece no cubrir satisfactoriamente lo normado para el otorgamiento de atención al enfermo bajo el criterio de calidad total.

Contrastar la Normatividad con la realidad, encontrar debilidades para subsanarlas y fortalezas para destacarlas, lo mismo que dimensionar en su justo medio al acto médico con el propósito de llegar al establecimiento de recomendaciones para la mejora continua justifican el presente trabajo.

## Capítulo 1. Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

### 1.1. Aspecto técnico médico

Durante el período que va de 1980 a 2009 se logró una enorme acumulación de conocimientos sobre el VIH y su notable capacidad para provocar esta moderna plaga. Tan rápido es el ritmo de la investigación de la biología molecular del VIH y de sus efectos, que cualquier revisión sobre este cambio tan constante estará destinada a “estar desfasada”.

*Los retrovirus son virus ARN de cadena positiva. Baltimore y Temin demostraron [1970] que los retrovirus codifican una ADN polimerasa ARN dependiente (transcriptasa inversa) y se multiplican a través de un ADN intermedio. La copia ADN del genoma vírico es integrada en el cromosoma del huésped para convertirse en un gen celular. Ese descubrimiento, por el que sus autores recibieron el Premio Nobel, refutó el dogma central de la biología molecular, según el cual la información genética pasaba del ADN al ARN y después a las proteínas.<sup>27</sup>*

Existen tres subfamilias oncornavirus (virus linfotrópicos humanos) espumavirus (no asociados a enfermedad humana) y lentivirus (Virus de la Inmunodeficiencia humanos 1 y 2; VIH-1, VIH-2).

Virión esférico con envoltura que mide 80 a 120 nm, alrededor de una cápside que contiene dos copias del:

ARN glucómico de cadena positiva (aproximadamente 9 kilobases para el VIH y el VLTH).

ADN polimerasa ARN dependiente (Transcriptasa inversa) y enzimas integradas en el virión.

La expresión del receptor específico para el virus es el determinante inicial del tropismo celular.

La replicación se produce a través de un intermedio ADN, denominado provirus.

El provirus se integra al azar en el cromosoma huésped y se convierte en un gen celular.

La familia de los lentivirus, estos retrovirus no transformadores tienen varias características comunes:

- Un largo período de incubación, seguido de una evolución mortal lentamente progresiva.
- Tropismo por los sistemas hematopoyético y nervioso.
- Capacidad para provocar inmunodepresión.
- Efectores citopáticos in vitro.

---

<sup>27</sup> Murria, Patrick, R., Kobayashi, George S., *Microbiología Médica*, Harcourt Brace, 5ª Edición, 2008, pp. 648–669

A finales de los años setenta y comienzos de los ochenta se descubrió que un número inusual de varones homosexuales jóvenes, de haitianos, de adictos a la heroína y de hemofílicos (“grupo de las cuatro H”) morían por infecciones oportunistas habitualmente benignas. Sus síntomas definieron una enfermedad, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Síndrome que no se limita a esos grupos, y actualmente existen en el mundo más de 41 millones de hombres, mujeres y niños con la enfermedad. Mountagnier en París y Gallo en Estados Unidos, comunicaron el aislamiento de un retrovirus, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-1), en pacientes con adenopatías y SIDA. Más adelante se aisló una variante del VIH-1, conocida como VIH-2 prevalente en África Occidental.<sup>28</sup>

En junio de 1981, los Centers for Disease Control de Estados Unidos comunicaron que cinco varones jóvenes homosexuales del área de Los Ángeles habían contraído una neumonía por *Pneumocystis carinii*. Dos de los pacientes habían fallecido. Esta publicación señaló el inicio de la epidemia de una enfermedad retroviral caracterizada por una profunda inmunodepresión asociada a infecciones neurológicas, neoplasias y manifestaciones neurológicas, que se dio a conocer como SIDA.<sup>29</sup>

En los pacientes con SIDA se han aislado dos formas genéticamente distintas, aunque relacionadas, del VIH, llamadas VIH-1 y VIH-2, y pueden ser detectados mediante el análisis de inmunoabsorción ligada a enzima (ELISA) para el VIH-1, que es el utilizado en los bancos de sangre. En la actualidad existen análisis específicos para el VIH-2, y la sangre con destino a transfusiones es analizada de forma sistemática para descartar la seropositividad frente al VIH-2.<sup>30</sup>

Después de la infección de las células T y los macrófagos, el virus continúa multiplicándose en los ganglios linfáticos, mientras permanece latente en otras células T. El virus puede permanecer latente durante largos períodos de tiempo pero su activación en las células T CD4, conlleva la muerte celular. Esa activación puede ocurrir tras estimulación de la célula por un antígeno o mitógeno.

---

<sup>28</sup> Óp. Cit. en 27, p. 245

<sup>29</sup> Ibídem, p. 245

<sup>30</sup> Ibídem, p. 247

La clave del SIDA es una profunda inmunodepresión que afecta fundamentalmente a la inmunidad celular y que es consecuencia de una intensa pérdida de células T CD4+, así como de una alteración de la función de las células T colaboradoras supervivientes. La depleción de células T CD4+ es el rasgo fundamental de la patogénia del SIDA. Es decir, se produce un agotamiento gradual, sostenido y sistemático de la población de células CD4+.

*Existen abundantes pruebas de que la molécula CD4 es, de hecho, un receptor de alta afinidad para el VIH. Ello explica el tropismo selectivo del virus por las células T CD4+ y su capacidad para infectar a otras células CD4+, especialmente a los macrófagos. La primera etapa de la infección es la captación de la glucoproteína de la envoltura gp 120 por las moléculas CD4. A ello sigue la fusión del virus con la membrana celular y su internalización. La captación de gp 120 por la molécula CD4 ha sido estudiada con gran detalle, ya que este paso constituye un posible objetivo para una terapéutica dirigida a eliminar o impedir la infección de las células por el VIH.<sup>31</sup>*

## **1.2. Historia natural de la infección por el VIH**

La mejor forma de comprender la evolución de la infección por el VIH consiste en considerarla como una interrelación entre el virus y el sistema inmunitario. Pueden distinguirse tres fases que reflejan la dinámica de la interacción virus-huésped: una fase aguda precoz, una fase crónica media y una fase final de crisis. Presentaremos las características esenciales de las tres fases de la infección por el VIH y los síndromes clínicos a ellas asociados

La fase aguda precoz representa la respuesta inicial de un adulto inmunocompetente a la infección por el VIH. Se caracteriza en primer lugar por un alto nivel de producción de virus, una viremia y una siembra generalizada en los tejidos linfoides. Sin embargo, esta infección inicial es controlada fácilmente gracias al desarrollo de una respuesta inmunitaria antivírica. Clínicamente, esta fase se asocia a una enfermedad aguda autolimitada que aparece entre el 50% y el 70% de los adultos infectados por el VIH; entre 3 y 6 semanas después de la infección, aparecen síntomas inespecíficos, tales como dolor de garganta, mialgias, fiebre, erupción y, a veces, una meningitis aséptica, que ceden espontáneamente de 2 a 3 semanas después.

La fase crónica media representa un estadio de contención relativa del virus que se asocia a un período de latencia clínica. El sistema inmunitario permanece relativamente intacto pero

---

<sup>31</sup> Óp. Cit. en 27

existe una replicación lenta, de bajo grado, del VIH, sobre todo en los tejidos linfoides, que puede mantenerse durante varios años. Los pacientes son asintomáticos o desarrollan adenopatías generalizadas y persistentes. Los síntomas generales suelen ser leves o no manifestarse en absoluto. Las adenopatías persistentes con síntomas generales importantes (fiebre, erupción, fatiga) reflejan el comienzo de la descompensación del sistema inmunitario, una escalada de la replicación viral y el inicio de la fase de “crisis”.

La fase final o de crisis se caracteriza por el derrumbamiento de las defensas del huésped con la consiguiente reactivación de la replicación del virus y la aparición de una enfermedad clínica. Es típico que los pacientes sufran fiebre de larga duración (más de un mes), fatiga, pérdida de peso y diarrea; el recuento de células CD4+ desciende. Tras un período variable, sobrevienen graves infecciones oportunistas, neoplasias secundarias o una enfermedad neurológica clínica, momento en el que se dice que el paciente ha desarrollado el SIDA. Además, según las normas actuales de los CDC, se considera que cualquier persona infectada por el VIH con menos de 200 células T CD4+/uL tiene SIDA.<sup>32</sup>

En ausencia de tratamiento, la mayoría, si no todos los pacientes con infección por el VIH progresan hacia el SIDA después de una fase crónica que suele durar de 7 a 10 años. Esta fase clínica latente es más corta en los que reciben grandes inóculos parenterales de VIH, como sucede en las transfusiones de sangre, y puede ser más larga en personas que reciben una profilaxis antirretroviral.<sup>33</sup>

Los estudios epidemiológicos sobre SIDA han identificado cinco grupos de adultos, ha saber:

- Varones homo o bisexuales. Representan el 60% de los casos.
- Toxicómanos por vía parenteral, sin historia previa de homosexualidad. Representan alrededor del 23% de todos los pacientes. (mayoría de los casos diagnosticados en heterosexuales).
- Hemofílicos, sobre todo los que recibieron grandes cantidades de concentrado de facto VIII antes de 1985, constituyen el 1% de los casos.

---

<sup>32</sup> Fauci, Anthony, S., Gean O. Wilson, *Principios de Medicina Interna Harrison*, McGraw Hill–Interamericana, 18ª edición, México, 2006, vol. 1, pp. 245–259

<sup>33</sup> *Ibidem*, p. 2035-2171

- Receptores de sangre y hemoderivados no hemofílicos, pero que han recibido transfusiones de sangre completa o de hemoderivados infectados por el VIH, representan el 2% de los pacientes.
- Los contactos heterosexuales de los miembros de los grupos anteriores constituyen el 15% de la población de pacientes.<sup>34</sup>

Aunque los factores de riesgo arriba citados son aplicables a la población mundial, habrá que tomar en cuenta: la distribución de los factores de riesgo y, por ello, la proporción de las categorías de transmisión varía considerablemente de unas regiones a otras; que en los últimos años se ha producido una importante desviación demográfica (transmisión geográfica) en la epidemia de SIDA. En la actualidad el grupo mayormente afectado es el constituido por los varones homo y bisexuales, un aumento en la tasa de SIDA se está presentando actualmente en heterosexuales, anteriormente en mujeres<sup>35</sup>.

En el mundo, la forma predominante de infección es la transmisión sexual bidireccional. Como la gran mayoría de los pacientes son, varones homo o bisexuales, la mayor parte de la transmisión sexual ha tenido lugar entre varones homosexuales. Se cree que el virus es transportado en los linfocitos existentes en el semen y que penetra en el cuerpo del receptor a través de abrasiones de la mucosa rectal. Esto es, la recepción en el coito anal aumenta la probabilidad de infección. La transmisión heterosexual, es, por el contrario, la forma más frecuente de propagación del VIH en el mundo. Sin embargo, a partir de 1985, este tipo de propagación está ocurriendo de forma más rápida en las mujeres compañeras sexuales de varones bisexuales.

La transmisión parenteral del VIH se ha demostrado en tres grupos de personas: los toxicómanos por vía parenteral, los hemofílicos tratados con concentrados de factor VIH y los receptores aleatorios de transfusiones de sangre en ese orden.

---

<sup>34</sup> *Guía para el Manejo Antirretroviral de las Personas que Viven con el VIH/SIDA 2005–2006*. Consejo Nacional para la prevención y control del SIDA, CONASIDA–SSA. México 2005–2006

<sup>35</sup> *Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGAS*, Enero 2008–marzo 2010, Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, CENSIDA, SSA, México, 2010

La transmisión del VIH por transfusiones de sangre o administración de hemoderivados, como los concentrados de factor VIH liofilizado, ha sido prácticamente erradicada. Este final feliz se ha logrado gracias a medidas de Salud Pública. No obstante, persiste un riesgo claro, aunque extraordinariamente pequeño, de transmisión del VIH a través de transfusiones de sangre seronegativa, ya que una persona que ha contraído recientemente la infección puede no tener todavía anticuerpos.

### 1.3. Aspectos clínicos

Las manifestaciones clínicas de la infección por el VIH oscilan desde una enfermedad aguda leve a una enfermedad grave y estas son: fiebre, pérdida de peso, diarrea, adenopatías generalizadas, infecciones oportunistas múltiples, alteraciones neurológicas y, en muchos casos neoplasias secundarias. Las características clínicas de fase terminal, habitualmente conocida como SIDA, son:

- La neumonía causada por el oportunista *P. carinii* (que representa la activación de una infección previa) constituye la manifestación inicial en alrededor del 50% de los casos y aproximadamente un 70 a 80% de los pacientes con SIDA desarrollan esta infección en algún momento de la evolución de su enfermedad.
- La candidiasis de la mucosa oral y del esófago es extraordinariamente frecuente en los enfermos con SIDA. En las personas asintomáticas infectadas por el VIH, la candidiasis oral es un signo de descompensación inmunitaria y suele anunciar la transición hacia el SIDA. El citomegalovirus puede producir enfermedades generalizadas o lo que es más frecuente, infectar el globo ocular y el aparato gastrointestinal.
- Coincidiendo con la epidemia de SIDA se ha producido una espectacular elevación de la incidencia de tuberculosis. Los pacientes con SIDA sufren reactivaciones de la infección pulmonar primaria, así como infecciones primarias de nueva adquisición. Los recientes informes sobre el creciente número de cultivos resistentes a múltiples fármacos resultan muy preocupantes. Las infecciones por el virus herpes simple se manifiestan por ulceraciones en las mucosas de la boca, el esófago, los genitales externos y la región perianal. La diarrea persistente, tan frecuente en estos enfermos con SIDA, suele deberse a infecciones por criptosporidios o *Isospora belli*.

- Los pacientes con SIDA tienen una alta incidencia de determinados tumores por: profundos defectos de la inmunidad celular, alteración de la regulación de las funciones de las células B y de los monocitos y múltiples infecciones por virus conocidos (p. ej., VHB, VPH) y desconocidos.
- El sarcoma de Kaposi, es la neoplasia más frecuente en los pacientes con SIDA. Hasta un 40% de los casos desarrollan esta neoplasia, aunque en los últimos años se ha asistido a una reducción clara de su incidencia. Este tumor es más frecuente en los varones homo o bisexuales que en los otros grupos de riesgo.
- Al prolongarse la supervivencia, el número de pacientes con SIDA que desarrollan linfomas no Hodgkin ha aumentado de manera ininterrumpida. Los linfomas no Hodgkin, son muy agresivos y muestran predilección por afectar a localizaciones extraganglionares de estas la más frecuente es el encéfalo, de ahí que se haya considerado que el linfoma encefálico primario es un cuadro definitorio de SIDA.

#### **1.4. Síndromes clínicos**

La enfermedad por VIH puede ser considerada como un continuo que abarca desde la infección asintomática hasta la inmunodepresión profunda, conocida como “SIDA” clínicamente manifiesto. Las enfermedades relacionadas con el SIDA se deben principalmente a infecciones oportunistas, cánceres y efectos directos del VIH sobre el sistema nervioso central.

Al inicio la infección por VIH es asintomática o semeja una mononucleosis infecciosa, con un exantema o meningitis “aséptica”. Como en la mononucleosis, los síntomas corresponden a las respuestas inmunes frente a una infección diseminada de las células linfoides. Ese cuadro cede de modo espontáneo y da paso a un período latente, que puede durar muchos años antes de aparecer los síntomas del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

La definición operacional del SIDA ubicada en la NOM-010-SSA2-1993, con fines de precisión diagnóstica y unificar los criterios de operación de toda unidad médica del Sistema Nacional de Salud y en acuerdo con la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE 10ª revisión lo ubica en la clasificación alfanumérica de B20.0 al B24 se basa actualmente en la presencia de anticuerpos contra el VIH, disminución de los niveles de células T CD4 hasta

menos de 500/mm<sup>3</sup>, síndrome de caquexia por VIH (pérdida de peso y diarrea durante más de un mes) y presencia de sarcoma de Kaposi o enfermedades oportunistas específicas, en particular neumonía por *Pneumocystis carini* sin haber presentado antes síntomas o signos precoces.<sup>36</sup>

La identificación de los individuos VIH positivos tiene las finalidades de iniciar la terapia con fármacos antivíricos, identificar a los portadores que pueden transmitir la infección (específicamente los disponentes de sangre u órganos, las mujeres embarazadas y las parejas sexuales) y confirmar el diagnóstico de SIDA. La naturaleza crónica de la enfermedad permite usar la serología para documentar la infección por VIH. No obstante, el diagnóstico serológico no identifica a los individuos con infección reciente. Ese es un gran problema para el diagnóstico de personas VIH positivas. La presencia del antígeno vírico p 24 indica infección reciente. Como pruebas básicas se emplean el análisis de inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA) o pruebas de aglutinación. A continuación se utilizan procedimientos más específicos, como el Western Blot y la inmunofluorescencia para confirmar los resultados positivos.

El análisis de las subpoblaciones de linfocitos T y el recuento viral, son indicadores del estadio de la enfermedad y orientan al uso de retrovirales. El número absoluto de linfocitos CD4 y el cociente entre linfocitos facilitadores e inductores (relación CD4/CD8) son anormalmente bajos en los individuos infectados.

### **1.5. Normatividad para el Manejo de Caso**

La NOM-010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana, es equivalente a los lineamientos omitidos por el Programa Mundial de SIDA de las Naciones Unidas (ONUSIDA), Organización Mundial de la Salud (OMS), Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos de América (CDC's). Esta Norma Oficial Mexicana, tiene por objeto actualizar y uniformar los principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, respecto a las actividades relacionadas con la prevención y el control de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Es de observancia obligatoria en todo territorio nacional y para

---

<sup>36</sup> NOM-010-SSA2-1993, Norma Oficial Mexicana para la Prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana, SSA, México, 1993

todo el personal que labore en unidades de servicios de salud de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud y tiene como requisitos previos e indispensables para el manejo del paciente VIH/SIDA:

1. Elaboración de historia clínica completa y exhaustiva.
2. Exploración de historia de vida y expectativas del paciente.
3. Valoración y apoyo psicológico y antropológico.
4. Recopilación y análisis de datos auxiliares diagnósticos.
5. Elaboración de estudio epidemiológico de caso.
6. Realización de acciones de Educación para Salud tanto a nivel individual como familiar y comunitario.
7. Manejo confidencial de la información obtenida.

### **1.6. Tratamiento**

Manejo antirretroviral para casos VIH/SIDA

Los ITRAN, ITRNN, IP, (inhibidores de la transcriptasa reversa análogos a los nucleosidos. Inhibidores de las transcriptasa no nucleosidos. Inhibidores de proteasa. Inhibidores de fusión). Fármacos anti-VIH aprobados por la Food and Drug Administration, pero existen algunos más actualmente en fase de ensayo clínico. La terapia con fármacos antivíricos no cura la infección por VIH, pero puede retrasar y quizás evitar el comienzo de los síntomas. La terapia por ningún motivo puede ser monovalente, deben usarse siempre un número mínimo de tres medicamentos.

Estos fármacos producen efectos secundarios tóxicos significativos, que es necesario vigilar, habrá que individualizar y personalizar el tratamiento para “controlar” la toxicidad, favorecer el apego y mejorar los resultados. Las normas actuales aconsejan el tratamiento combinado individualizado y personalizado para individuos asintomáticos o con síntomas leves, cuando el recuento de CD4 cae a menos de 500.

### **1.7. Educación Para la Salud con énfasis en Educación Sexual para la prevención del VIH/SIDA**

Debe realizarse entre la población y ser manejada por personal calificado y sensible que sea capaz de centrar la información bajo el criterio de dignidad de la persona humana.

El primer método para evitar y controlar la infección por VIH y manejar clínicamente el SIDA se basa en informar a la población sobre la magnitud y trascendencia de la infección por VIH educar a la población sobre las formas de transmisión y las medidas que pueden prevenir la diseminación del virus y entender las bondades del manejo personal y el uso de medicamentos; promover las relaciones monógamas, las prácticas de sexo seguro y el uso de preservativos; actitudes y prácticas que reducen la posibilidad de contagio poniendo énfasis en los grupos vulnerables, especialmente los adolescentes; erradicar el uso de jeringas y agujas contaminadas fuente importante de infección por VIH en los adictos a las drogas intravenosas enfatizando que no deben ser compartidas. Alentar la demanda oportuna de atención médica entre personas infectadas con el VIH o que tengan SIDA y dar a conocer a la población de las instituciones a quienes pueden recurrir. Esto es desarrollar acciones que permitan formar consciencia y tomar decisiones favorables a la salud y que el individuo sea capaz de actuar de forma que evite el contagio, la reinfección, la presencia de enfermedades oportunistas y complicaciones de la propia enfermedad.

### **1.8. Disposición de sangre y productos hematológicos**

Los disponentes así como los derivados sanguíneos deben ser sometidos a tamizaje y control antes de tomarles sangre y emplearlos. Los individuos VIH positivos no deben donar sangre. Los pacientes en los que se anticipa la necesidad de sangre, por ejemplo, en casos de cirugía electiva, deben considerar la donación previa de su propia sangre con el fin de limitar la epidemia mundial. En México la NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, establece con claridad las condiciones y requisitos para cumplir por parte de los disponentes, así como las técnicas y procedimientos de bioseguridad por parte del personal de salud y de las instalaciones e inmuebles, ambos con el propósito de evitar la transmisión del VIH por vía sanguínea.

### **1.9. Medidas generales para el personal de salud que atiende al paciente**

Es básico que el trabajador en contacto con pacientes VIH/SIDA estén bien informados sobre la enfermedad, su magnitud y trascendencia, los mecanismos de transmisión y las medidas preventivas. Se recomienda usar prendas protectoras (guantes, mascarillas y batas) y otras barreras para prevenir la exposición, misma que deben estar identificadas para ser desinfectadas, esterilizadas o destruidas. Se deben manejar siempre los tejidos, excretas y líquidos

corporales, como potencialmente infectados y darles el destino final que corresponda. Las superficies contaminadas se deben desinfectar con lejía doméstica al 10%, etanol o isopropanol al 70%, glutaraldehído al 2%, formaldehído al 4% o peróxido de hidrógeno al 6%. El lavado de máquinas con agua caliente y detergente es suficiente para inactivar el virus. Lavarse siempre las manos antes y después de tener contacto con cualquier paciente VIH/SIDA y finalmente, desechar las agujas y otros elementos cortantes en recipiente rígidos.

Lo anterior en cumplimiento de las NOM-010-SSA2-1993 para la prevención y control por virus de la inmunodeficiencia humana y la NOM-087-ECOL-1995 para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos, que se generan en establecimientos que presten atención médica.

#### **1.10. Inmunización**

Se está trabajando intensamente en la búsqueda de un producto biológico inmunizante que no permita la entrada, instalación y replicación del virus de la inmunodeficiencia humana con el propósito de evitar la enfermedad. En este campo se hace énfasis en líneas de investigación tales como los análisis moleculares que han mostrado un grado alarmante de polimorfismos en los cultivos de virus obtenidos en distintos enfermos, los que contribuye a dificultar la tarea de producir vacunas. El objetivo es encontrar la vulnerabilidad de ese polimorfismo y con ello facilitar la producción de la vacuna.

Además la eficacia de éstas se debe poner a prueba mediante ensayos en humanos, y será necesario establecer controles desde el punto de vista de la Bioética apropiado con el propósito de inducir inmunidad protectora, sin poner en peligro la vida humana.

## Capítulo 2. Derechos Humanos y Sexualidad

### 2.1 Derechos Humanos

Para fines de este trabajo nos interesa fundamentalmente el derecho a la protección de la salud. La salud integral tiene relación con todo quehacer humano y con su producto. Este derecho esta consagrado en el artículo 4<sup>a</sup> Constitucional.

*Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.*<sup>37</sup>

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos se creo en México en junio de 1990 con el objetivo de proteger, observar, promover, estudiar y divulgar las prerrogativas previstas en el orden jurídico mexicano y su facultad es nacional y de carácter normativo a nivel de formular recomendaciones públicas con plena autonomía.

*Entre las más serias responsabilidades bioéticas de los médicos se encuentra la que se refiere al principio de beneficencia, es decir, la actuación conforme al interés genuino en el alivio y el bienestar de sus enfermos. Esto implica tomar en cuenta la dignidad de todo paciente, sin ninguna discriminación, que lo hace merecer un trato siempre amable, respetuoso, comprensivo y tolerante, cualquiera que sea su condición social, cultural, étnica, religiosa, política y preferencia sexual [...] y a ser informado con respecto a su diagnóstico y a las alternativas de su tratamiento, incluye también en ciertos casos el derecho a “no saber”<sup>38</sup>*

Con el propósito de salvaguardar los derechos humanos y la dignidad de los pacientes el Informe Belmont establece, las ideas centrales y sintéticas que definen los conceptos y principios bajo los cuales el personal de salud debe actuar.

- Respeto a las personas; incorpora dos convicciones éticas, primero, que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, y, segundo, que las personas con menos autonomía tienen derecho a protección.
- Autonomía; este principio propone que los individuos tienen el derecho a la libertad de decisión y acción, en la medida en que sus acciones no interfieran con los derechos de los otros.

<sup>37</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Editorial Porrúa, 160<sup>a</sup> edición actualizada, México, 2009

<sup>38</sup> Soberanes F. J. Luis, *Derechos humanos y salud*, Comisión Nacional de Bioética, México, 2010

- Beneficencia; según el Informe Belmont las personas son tratadas de una manera ética no sólo respetando sus decisiones y protegiéndolas de un daño, sino también haciendo esfuerzos para asegurar su bienestar.
- No maleficencia; con este principio se busca no causar perjuicios, y que aumente los posibles beneficios por encima de los perjuicios factibles.
- Justicia; según el Informe Belmont, se presenta una injusticia cuando se niega cierto beneficio al que la persona tiene derecho. Se debe buscar una justa distribución de los beneficios de acuerdo con lo que se merece.<sup>39</sup>

## 2.2. Derechos Sexuales

Sergio Ureta Sánchez nos comparte los acuerdos de La Asociación Mundial de Sexología, en 2000, en Guatemala, se acordaron los siguientes Derechos Sexuales.

1. Derecho a la libertad sexual.
2. Derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo.
3. Derecho a la privacidad sexual, equidad sexual.
4. Derecho al placer sexual.
5. Derecho a la expresión sexual emocional.
6. Derecho a la libre asociación sexual.
7. Derecho a la toma de decisiones libres y responsables.
8. Derecho a la información basada en el conocimiento científico.
9. Derecho a la educación sexual integral.
10. Derecho a la atención de la salud sexual.<sup>40</sup>

Lo que define en relación a si el acto sexual es o no ético radica no en un determinado uso de las cavidades y órganos corporales sino al mutuo acuerdo de responsabilidad de las personas que se involucran donde se encuentre verdaderamente la autodeterminación y la responsabilidad mutua. Asimismo, se acordó que los valores defendibles que marcan la tendencia democratizadora en Sociedades desarrolladas, son:

---

<sup>39</sup> *Informe Belmont*, Departamento de Salud, Educación y Bienestar, USA, "Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación", El reporte fue creado el 18 de abril de 1979, Centro de Conferencias, Belmont

<sup>40</sup> Ureta, S. Sergio, *Bioética y Sexualidad, memorias del V congreso AMSSAS de salud y sexualidad*, México, 3,4, 5 de octubre, 2008

- A) Respeto a la diversidad sexual
- B) Consentimiento mutuo
- C) Responsabilidad para con la pareja<sup>41</sup>

En octubre 2005, la Conferencia General de la UNESCO, aprobó la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos humanos, con el propósito de abordar los problemas éticos que plantea la medicina, las ciencias de la vida y la tecnología a fin de garantizar el respeto por la vida de las personas y el modo de cómo estas, –las personas– la viven, con la seguridad de que todo ser humano dondequiera que se encuentre sin importar su credo, su raza, su preferencia y su condición social, económica y cultural, goce de tales derechos.

Si bien no cabe duda que los adelantos científicos y tecnológicos han reportado grandes beneficios a la humanidad no se debe olvidar que precisamente habrá que recordar que el respeto a la dignidad de la persona humana es su razón de ser. Y que la identidad de una persona comprende dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales y que por el hecho de ser persona todo individuo debe gozar de derechos que son inherentes a su naturaleza humana, cuyo disfrute le permite una existencia digna tanto individual como comunitaria. Se entiende disfrutar de todo tipo de derechos (primera, segunda, tercera y cuarta generación).

### **2.3 Sexualidad**

Sexo, Heterosexualidad, Homosexualidad, Bisexualidad, Diversidad, Machismo...

Términos difíciles de abordar, controversiales y polémicos, términos que intentan conceptualizar y definir aspectos y componentes de la vida psíquica, física, social y espiritual de los seres humanos en relación con su actuar en los campos de la reproducción de la especie y el placer de la relación genital (interpersonal) términos que dentro del marco de los Derechos Humanos encuentran una mayor y mejor definición, excepto que en la práctica social de la vida diaria, dista mucho de empatar la práctica con las ideas teóricas.

Hablar de sexualidad es hablar de la esencia misma del ser humano. El Diccionario Oxford define a la sexualidad como un conjunto de fenómenos relativos al instinto sexual y su satisfacción.<sup>42</sup>

---

<sup>41</sup> Óp. Cit. en 40, p. 2

La Asociación Mundial de Sexología la define como una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva al amor y a la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. Concluye al señalar que la sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos psicológicos, socioeconómicos, culturales, bioéticos, religiosos y espirituales del ser humano.

Por regla general etiquetamos como “antinatural” aquello que desconocemos o bien aquello que difiere del referente hegemónico en lo tocante a sexualidad. De sobra sabemos que tratándose de conducta humana lo “natural” no existe, de no ser que cuanto “existe” sea aceptado como humano y natural y por tanto pensemos que la sexualidad deviene de este “orden natural” y de ser así, vale, excepto que cabe aclarar que si bien toda expresión sexual es digna, existen también formas indignas como lo es aquella expresión donde se recurre a la violencia, al abuso o a la discriminación.

#### **2.4 Expresión de la Sexualidad**

Por lo que respecta al ejercicio de la sexualidad, el asunto no se trata de una simple dicotomía– Reproducción o Placer– no se trata tampoco de seguir por el camino trazado que nos da la tranquilidad de ser “aceptados” por la sociedad ya que hemos asimilado los símbolos, las concepciones y las ideas que como constructos sociales hegemónico que rigen nuestra vida sexual...

José Luis Trueba enfatiza que la penetración cultural realizada durante la conquista de México y los años próximos posteriores por los frailes franciscanos y dominicos, y los sacerdotes jesuitas sobre los naturales utilizando ideas traídas desde el inicio de nuestra era (cristianismo) acrisoladas en la Edad Media; son ideas que actualizan las más duras prohibiciones y castigos ubicados en el Antiguo Testamento; avalados y sostenidos por los Padres de la Iglesia; quienes hacen de la desnudez, la homosexualidad, la sodomía, el adulterio, las relaciones prematrimoniales y/o sin fin de procreación, entré otros actos inaceptables, culpables y sancionables; ideas perpetuadas por la tradición oral, el trabajo sostenido de la iglesia, los

---

<sup>42</sup> Óp. Cit. en 40, p. 4

desaciertos de la ciencia y el apoyo del estado permean hasta hoy día el pensamiento social de tal suerte que el ejercicio de la sexualidad cubierto por éste manto, difícilmente podrá ser responsable y sano, estamos impregnados de prejuicios, de doble moral, de falta de respeto, de miedos... así manifestamos conductas violentas, actitudes intolerantes, cometemos actos discriminatorios y homofóbicos, pretendiendo estar en el lado donde se encuentran los “normales”, los que siguen las “normas” y no del lado de los “anormales”, de los que las transgreden.<sup>43</sup>

No obstante esta herencia cultural que nos remite a los conceptos dicotómicos cuerpo–alma, cielo–infierno todo humano anhela amar y ser amado, quiere saber quién es él y quién es el otro, además, quiere saber quienes son esos tu–yo en esa relación interpersonal, íntima, trascendente.

Marta Lamas señala que “el sujeto esta encarnado en un cuerpo sexuado” de ahí, la primera categoría; se entiende por sexo: a la clasificación de los seres vivos en machos y hembras, de acuerdo con sus órganos reproductores y las funciones asignadas por su determinación cromosómica<sup>44</sup>. En la persona humana léase hombre y mujer esta categoría marca la primera diferencia y hay que jerarquizarla y definirla bajo el criterio del ejercicio del poder por el valor social que pueda representar, de tal suerte que a lo largo de la historia y en acuerdo con la organización social y la cultura de los pueblos se les han asignado destinos diferentes, se les han ubicado habilidades distintas y encontrado necesidades y aspiraciones también diferentes, no obstante que en la legislación se ha dicho que tanto el hombre como la mujer son iguales ante la ley, valen lo mismo y son merecedores de los mismos derechos y oportunidades, también contraen las mismas obligaciones como componentes de una sociedad, en la práctica tal igualdad no se da (artículo 4º Constitucional)<sup>45</sup>

Cabe aclarar que no todo obedece a constructos sociales, papel importante tienen la biología y el inconsciente y han de ser tomados en cuenta para explicar y entender el conflicto que va más allá de los propios seres humanos, habrá que entender que la diferencia sexual no tiene que ser impedimento para la igualdad social.

---

<sup>43</sup> Trueba L. J. Luis, *Historia de la Sexualidad en México*, Editorial Grijalbo, 2008

<sup>44</sup> Lamas Marta, *Cuerpo; diferencia sexual y género*, Editorial Taurus, México, 2002

<sup>45</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Editorial Porrúa, México, 2010

El hecho de ser macho o hembra no obliga a mostrar comportamientos masculinos o femeninos. Asimismo, los procesos psíquicos se conforman dentro del marco de la actividad social, esto es se trata de un todo cuando un individuo se expresa en una sociedad lo hace “el cuerpo en su condición de carne, mente e inconsciente y lo hace de diversa manera”.<sup>46</sup>

*La nueva concepción de género se refiere al conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los practicantes de un grupo humano en función de una simbolización de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres*<sup>47</sup>

Ser hombre o ser mujer comportarse como tal parecería cosa fácil cuando se está de acuerdo con la asignación otorgada al nacimiento y reforzada en la niñez, con la ocupación distintiva durante la vida adulta. Se acepta la categoría sexual y se aprenden las conductas apropiadas “masculinidad y feminidad” como estatus instituidos que se vuelven identidades psicológicas [...] pero ocurre que a veces algunas personas no están de acuerdo.<sup>48</sup>

En México nos encontramos a diario con personas diferentes, con personas que parecen no corresponder a los estatus establecidos y/o aceptados socialmente y esto generalmente nos causa miedo y como respuesta inmediata rechazo al otro porque nos cuestiona y pone en evidencia que las cosas y las personas no son “como deben ser” se salen del patrón establecido como “normal”, no dan la talla. “La esclavitud, la explotación, las represiones, la homofobia y hasta el genocidio de ciertos pueblos y etnias (o grupos marginados) legitimadas con argumentos sobre inferioridad [...] han sido dolorosas realidades que están presentes en la conciencia de todo el mundo”<sup>49</sup>

*Al existir hembras (mujeres) con característica asumidas como masculinos y machos (varones) con características consideradas femeninas, es evidente que la biología per se no garantiza las características de género. No es lo mismo el sexo biológico que la identidad asignada o adquirida.*<sup>50</sup>

Esta evidencia como dice Torres Arias retomando a Freud, señala que “todos llevamos en nuestro ser el componente homosexual”<sup>51</sup> y ¡esto nos espanta! Estas formas lo masculino y lo

---

<sup>46</sup> Óp. Cit. en 44, p. 20

<sup>47</sup> Óp. Cit. en 44, p. 134

<sup>48</sup> Óp. Cit. en 44, p. 24

<sup>49</sup> Óp. Cit. en 44, p. 28

<sup>50</sup> Óp. Cit. en 44, p. 33

<sup>51</sup> Óp. Cit. en 44, p. 72

femenino, se encuentran presentes en personas cuya anatomía no corresponde al género asignado.

En cualquier parte del mundo el sexo es sexo, sólo que una conducta sexual calificada como “aceptable” varía de una cultura a otra. Según Gayle Robin el sistema sexo/género es el conjunto de arreglos a partir de los cuales una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de actividad humana y cuando esto no se ajusta a las expectativas, aparece el sexismo que no es otra cosa que la discriminación que deriva de tratar de manera diferente a las personas en función de su sexo. Excepto que cuando la conducta no se ajusta al sexo la discriminación que aparece es la homofobia. Mabel Murin lo expresa de la siguiente manera “El esfuerzo de los hombres por afirmar su identidad y excelencia como tales y diferenciarse así de las mujeres y de los varones pasivos, infantiles o afeminados ha hecho de la homofobia y de la misoginia las compañeras habituales de la masculinidad”<sup>52</sup>

El ser hombre exige tener claro que no se es un niño, una mujer y mucho menos un homosexual –seres humanos débiles, incompletos, inmaduros– Monino Méndez señala las características que distinguen y tipifican a un hombre:

1. No tener nada de femenino (desidentificación con lo femenino)
2. Ser una persona importante (identificación con el padre)
3. Mandar a todos al diablo (poseer rasgos de dureza y ser poco sensible al sufrimiento, desimplicarse afectivamente del otro)<sup>53</sup>

Ser hombre requiere de una pérdida –la madre– requiere de un duelo evento que se vive con mayor intensidad durante la adolescencia; duelo que por lo menos en Latinoamérica y particularmente en México no se supera nunca, no se trasciende la madre siempre está presente en las buenas y en las malas. “Ser hombre, ser rudo, beligerante, maltratar a las mujeres y convertirlas en objeto de fetichismo, buscar sólo la amistad entre los hombres, al mismo tiempo que se detesta a los homosexuales y se denigran las ocupaciones femeninas”<sup>54</sup>

El machismo es una exageración de la actitud masculina, es una actitud defensiva en contextos peligrosos... cuya máscara de rudeza e insensibilidad constituye una búsqueda de

---

<sup>52</sup> Burin, Mabel, *Varones, Género y Subjetividad Masculina*, Editorial Paidós Profunda, Argentina, 2004

<sup>53</sup> Óp. cit. en 37, p. 30

<sup>54</sup> Óp. Cit. en 37, p.134

protección, para no dejar ver al niño tembloroso que alberga en su interior... la masculinidad tradicional está llegando a su fin.<sup>55</sup>

*A partir de la complementariedad de los sexos para la reproducción [...] no reconoce la calidad indiferenciada de la libido sexual ni la persistencia universal de la homosexualidad [...] envía al lindero de lo antinatural todo lo que no se vincula con la vida reproductiva*<sup>56</sup>

Sin embargo, con acuerdo al método de deconstrucción se reconoce la dimensión subjetiva, la elaboración psíquica y cultural de los placeres en los intercambios corporales y cualesquiera que sean los orígenes de la orientación sexual, lo que cuenta son las dignidades de las personas, los significados que éstas les atribuyen y los efectos que esa valoración tiene en la vida amorosa de los hombres y de las mujeres en la heterosexualidad y en la homosexualidad.

Sabemos que la libido sexual es universal es una presión constante que organizada desde la falta se dirige hacia el objetivo inespecífico, busca su objetivo con indiferencia del sexo anatómico aunque no existe una experiencia común en todos los seres humanos, hay que valorar historias concretas y los constructos sociales que dan forma y fondo a la sexualidad y recordar que el deseo humano, al contrario del instinto animal jamás se calma.

*El ser humano básicamente es un ser sexual y su libido tiene una calidad indiferenciada, la libido es idéntica en hombres y mujeres, se ha empezado a explorar porque tienen hegemonía heterosexista ciertos significados, como el de una sexualidad masculina “activa” y una femenina “pasiva”*<sup>57</sup>

En el deseo humano lo que se desea tiene valor y por ello es deseado por mí, desde mi yo interno de manera inconsciente y deseado por mi desde mi yo social; aquí aparece el conflicto pues yo deseo sin distinción del sexo del otro (homosexualidad, bisexualidad) y la sociedad impone la distinción del sexo del otro (heterosexualidad) ni la heterosexualidad es natural.

El proceso de la estructuración mental de la identidad sexual puede ir hacia la heterosexualidad como hacia la homosexualidad con acuerdo a las vicisitudes que el individuo haya vivido, dicho proceso es inconsciente. Y para no ser un transgresor de la norma social, lo “esconde” o intenta “trascenderlo” Marta Lamas cita a Laplantín quien dice:

---

<sup>55</sup> Óp. Cit. en 37, p. 87

<sup>56</sup> Óp. Cit. en 37, p. 60-61

<sup>57</sup> Óp. Cit. en 37, p. 63

*Cada sociedad pronuncia una condena con respecto a determinados tipos de comportamiento, los obliga a llevar una vida subterránea o a una existencia clandestina (sexualidad) [...] se estigmatiza a las mujeres que tienen una conducta sexual activa y libre (similar a la masculina) y se reprime y discrimina a personas homosexuales que asumen abiertamente su deseo (sexismo y homofobia)<sup>58</sup>*

Esa búsqueda incesante del amor, del momento de amar y ser amados esa dependencia, soledad y desamparo que vive aunadas con el deseo sexual y su pulsión, impelen al individuo a buscar para encontrar en la sexualidad la solución a esa necesidad de complementariedad al logro de ese anhelo de plenitud y de reencuentro con aquello que se ha perdido, una intrincada búsqueda del otro, una infinita e intensa necesidad de amar y de ser amado.

La discriminación del homosexual persiste hoy día y llega a extremos tales como –la violencia simbólica– la que se ejerce a un individuo contando con su –complicidad– al creer éste que por ser diferente y creyéndose transgresor de la norma social, se merece el castigo, la estigmatización el señalamiento y hasta la exclusión virtual o real (muerte) de la sociedad a lo que ha ofendido.

Kate Soper citada por Lamas, señala:

*Un futuro más polisexual [...] una sociedad en donde sólo habrá “cuerpos y placeres” (utopía) [...] aspiramos a una situación en la que la llamada sexualidad desviada no sea solamente tolerada, sino que deje de ser mirada como diferente [...] permitiéndole a ambas formas de amor y de amistad vivir menos cargada de angustia.<sup>59</sup>*

Cada individuo, desde donde él es, con base en lo vivido y a lo interpretado desde su subcultura y de manera inconsciente ubicará su deseo, de tal manera que le permita resolver el dilema a la vez esto estructura mentalmente al individuo como heterosexual y/o como homosexual. La idea de complementariedad entre los sexos dificulta el entendimiento y la aceptación como iguales y por tanto excluye el ejercicio de la sexualidad entre individuos del mismo sexo. Esto está dado porque la función reproductiva de la sexualidad justifica la heterosexualidad e invalida la homosexualidad.

Inadecuadamente la conducta sexual sirve para ubicar a los individuos como “normales o anormales”, todo lo que esta fuera o alrededor de la heterosexualidad es “patológico”, cuando que el que vive y práctica la diferencia es un individuo a quien hay que respetar como alguien

---

<sup>58</sup> Óp. Cit. en 44, p. 65

<sup>59</sup> Óp. Cit. en 44, p. 75

que se pronuncia como “diferente”; por lo tanto se debe modificar la costumbre. El diferente no es un “peligro social” no se merece la discriminación, el acto homofóbico y el SIDA.

Con el propósito de reforzar la idea de que el ser diferente no es normal ni anormal, simplemente es diferente y no es un peligro para la sociedad. Se trabaja para desterrar de la práctica social la postura homofóbica y favorecer el respeto que merece el diferente se le apuesta al cambio de actitud de la población en general, citamos a Marta Lamas quien lo expresa de la siguiente manera:

*Por su ceguera homofóbica y su sexismo estructural, el Estado ha sido incapaz de hacerse cargo con seriedad y eficacia de varias cuestiones importantes. Una de ellas, muy acuciante, es la relacionada con el SIDA. De un importante “desinterés” político por el cuerpo, el Estado ha pasado no a una política informativa y preventiva, sino a un intento de control de la sexualidad. Decir que con esta epidemia el cuerpo pasa de ser una fuente de placer sexual a ser una fuente de riesgo de muerte, es pensar que el peligro es la sexualidad per se, como quieren hacer pensar las fuerzas conservadoras, y no un virus que se transmite en ciertas prácticas de riesgo. En vez de dar pie a una campaña masiva de información preventiva, ésta actitud del Estado frente a la epidemia ha generado un pánico moralista que alienta la homofobia y el rechazo puritano a la sexualidad.<sup>60</sup>*

Esta idea desafortunadamente ha permeado al propio homosexual y le ha permitido apropiarse de una cierta “homofobia, llamada internalizada”, es decir por un lado se rechaza a sí mismo, y se cree merecedor de un castigo y por la otra rechaza a todo aquél que pertenece a su propio grupo social (homosexual) establece categorías, sentencia y crítica ácidamente a la “loquita” que hace la caricatura de la mujer o al promiscuo que no toma precauciones e incluso al “hipócrita” que vive encerrado en el closet y que solo se manifiesta en sitios “ocultos” ideas que una vez elaboradas, reproducidas y asumidas son el soporte de opresión, estigmatización que ofenden a la dignidad de toda persona humana.

Al respecto Lamas cita a Bourdieu

*Violencia simbólica es aquella que se ejerce sobre un agente social con su complicidad o consentimiento (objetividad de las estructuras sociales y subjetividad de las estructuras mentales) más allá de la conciencia y de la voluntad. La tolerancia hacia las personas homosexuales no es sino una “estrategia de condescendencia” que lleva a la violencia simbólica a un grado más alto de negación y disimulo.<sup>61</sup>*

---

<sup>60</sup> Óp. Cit. en 44, p. 82

<sup>61</sup> Óp. Cit. en 44, p. 106 y 107

El juego de ideas homofóbicas proclamadas, practicadas, internalizadas y validadas, favorecen el que la comunidad en general y el individuo en particular creen que el acto homofóbico está justificado y sea merecido; un círculo vicioso que sólo genera violencia y sufrimiento. En términos simples el miedo, la ignorancia y la falta de respeto al otro generan el acto homofóbico como la respuesta única que puede dar ante algo que no se entiende ni acepta y que habla de un “peligro” de algo que se tiene que castigar. Parece ser que alteridad no significa nada; que el otro, no es realmente otro, le ubican sombras y se le quitan luces por ello la respuesta es la discriminación y la homofobia.

Marina Castañeda sintetiza con respecto a la homofobia que:

*La homofobia es el miedo o rechazo hacia la homosexualidad, es un fenómeno cultural que no es universal. Aplica fundamentalmente a los hombres que son penetrados y a los que visten de mujer –Miedo a la confusión de género– temor a ser menos hombre o menos mujer, temor a que el otro me recuerde ese hecho. El individuo homosexual, o heterosexual ha hecho suya la cultura sexista y homofóbica que denigra a la mujer y rechaza a la homosexualidad.<sup>62</sup>*

José Luis Trueba explica magistralmente como la sexualidad de los naturales incluye en adelante y hasta nuestros días la culpa y el castigo para todo aquél pensamiento o acto que transgreda la Ley Divina y/o la Norma Social.<sup>63</sup>

El heterosexual en su machismo considera a la homosexualidad como una preferencia sexual que insulta y que claramente denota inferioridad en todos los terrenos; es una práctica “contra natura” que causa horror, asco y repugnancia y por tanto, merece el VIH/SIDA y la muerte.

No obstante, en cuanto al sexo y a la sexualidad la constante es el silencio, lo que urge es reconstruir éste mundo destruido, como hay que ser y actuar lo dicta “el deber ser” por lo tanto, el imaginario de lo prohibido impone el ordenamiento de lo que no se puede hablar (XIX y mitad del XX) ¡aunque se practique!, así se enraíza la “doble moral” prevaleciente hoy día, v. g. se puede “vivir” como homosexual ... ¡pero no se dice!.

Como respuesta a ese no ser aceptado, reconocido y respetado como persona homosexual, el individuo canaliza y enfoca su actuar y su energía hacia la creatividad y lo novedoso de interés general, y tal vez con ese deseo escondido de ser aceptado, se ríe de si mismo y busca estar siempre al día, siempre haciendo algo y siempre creativo.

<sup>62</sup> Castañeda Marina, *La experiencia homosexual*, Paidós, México, 2002

<sup>63</sup> Óp. Cit. en 43 p. 38

En palabras de Marina Castañeda que cita a Arthur Koesfler quién señala que:

*La capacidad de vivir, sentir y pensar en varios niveles a la vez está en los orígenes del sentido del humor y es condición básica de toda creatividad, la facultad de desdoblarse y cuestionar constantemente las evidencias de la vida es una fuente de renovación continua. En parte por ello los homosexuales son tan a menudo personas innovadoras, llenas de vitalidad y juventud.*<sup>64</sup>

La homosexualidad además de una de las formas de orientación sexual, de una forma de vida íntima, es también una postura frente a la vida y a la sociedad, el ser humano homosexual de cualquier país, en cualquier raza, en toda clase social, en cualquier religión y profesión, con muy variada instrucción y posibilidad económica, lucha por abrir espacios en donde interactúe con otro humano porque no sólo le importa y piensa en el ejercicio de su sexualidad, también le interesan los derechos humanos, el trabajo productivo, la construcción de una nueva y mejor sociedad, el crecimiento económico del país, la salud, la educación, la cultura, el arte, la ciencia y sobre todo el respetar y ser respetado, el ser reconocido por quien es y no por “lo que es”. Como el homosexual en general no creció ni fue educado para asumir con éxito su homosexualidad, le cuesta ubicarse con éxito dentro de la subcultura donde se desarrolla, Marina Castañeda explica de la siguiente manera el porque de la conducta tambaleante del homosexual al insertarse a la vida en sociedad.

*Le falta aprender, e inicia de cero con las reglas del amor, de la amistad y la convivencia social (inmaduros por falta de preparación no por desarrollo) identidad no dada desde el principio (y no aceptada) vive una subjetividad distinta –no percibida a simple vista– y muestran una capa superficial de sí mismo –seres solitarios– el problema no es que ellos no acepten a la sociedad, sino que la sociedad no los acepta a ellos.*<sup>65</sup>

El modelo homosexual está en construcción se trata de modelos de relación diferente en donde un grupo (homosexual) y el otro (heterosexual) pueden aprender, permitiéndose entendimiento, comprensión, crecimiento libre de prejuicios y fuera de estereotipos innecesarios, desgastantes y generadores de sufrimiento, viviendo en un Estado de derecho con igualdad de oportunidades, derechos y obligaciones. Marina Castañeda lo refiere de la siguiente manera:

---

<sup>64</sup> Óp. Cit. en 62, p. 13

<sup>65</sup> Óp. Cit. en 62, p. 22

*“El homosexual que intenta “curarse” acaba por sentirse aún más deficiente, culpable y angustiado (depresión, ansiedad, conductas autodestructivas o lesionantes sociales)”.*<sup>66</sup>

Recordemos que de acuerdo con la DSMD-4 la homosexualidad no es una patología, excepción hecha de la homosexualidad egodistónica (aquella que se percibe como ajena, la que se vive con culpa o sencillamente no se asume). Elegir entre ser o no homosexual quizá no es posible, pero si se puede elegir cómo se va a vivir esa homosexualidad (una vez asumida).

El desafío para el hombre homosexual es la intimidad y el reto es entender que la orientación sexual no es fija: puede variar, cuando las condiciones sociales, culturales y personales lo permitan pues las relaciones se forman entre personas, no con hombres o con mujeres. En pocas palabras el reto para el homosexual hoy día es redefinir en qué se parece al resto de la Sociedad y en qué difiere de ella y elegir que semejanzas y qué diferencias quieren conservar.

---

<sup>66</sup> Óp. Cit. en 62, p. 30

### Capítulo 3. Aspectos bioéticos

Etimológicamente el término bioética proviene del griego bios y ethos: “ética de la vida”, la ética aplicada a la vida humana y no humana. Bioética es amor a la vida y deseo de conservarla en este planeta en las mejores condiciones y por tiempo indefinido.<sup>67</sup>

En un sentido más amplio, la Bioética es un estudio sistemático que no se limita al ámbito médico, sino que incluye todos los problemas morales que tienen que ver con la vida en general, extendiendo de esta manera su campo a cuestiones relacionadas con el ambiente y al trato debido a los animales.<sup>68</sup>

La bioética es una transdisciplina relativamente nueva y el origen del término corresponde al oncólogo norteamericano Van Rensselaer Potter, quien utilizó el término por primera vez en 1970 en un artículo publicado en la revista de la Universidad de Wisconsin “Perspectivas in Biology and Medicine” y cuyo título ostentaba por primera vez dicho término: “Bioética: la ciencia de la supervivencia”. Posteriormente, el año de 1971, Potter publica un libro con el título de “Bioética: Puente hacia el futuro” (Bioethics: Bridge to the future) en el cual se recogen varios de sus artículos, mismos que aclaran el quehacer de la Bioética.

Si bien la Bioética como transdisciplina eminentemente dialógica tiene alrededor de 31 años de vida un número impresionante de estudios comprometidos con la vida y su reservación en cualquiera de sus manifestaciones y particularmente en el ámbito médico de la salud-enfermedad en el cual se manifiesta un claro y aparente desarrollo asintótico entre Ciencia y tecnología en relación con el Desarrollo humano y por tanto se pondera mayormente el conocimiento científico y su indispensable apoyo tecnológico sobre la persona humana por una parte y sobre el costo beneficio por la otra.

Dentro de su propia evolución la Bioética a conformado su cuerpo teórico con diferentes corrientes filosóficas y manifestado diversas posturas con el propósito de enfrentar el amplio quehacer que tiene frente así hoy día en este mundo globalizado, con enormes avances

---

<sup>67</sup> Kraus, A y Pérez, R T, *Diccionario incompleto de Bioética*, Taurus Pensamiento, México 2007

<sup>68</sup> Ibídem

científicos y tecnológicos y pobre desarrollo humano. Comentare algunas de ellas que sirvieron de base a la presente investigación.

### **3.1 Pragmatismo–utilitarismo.**

La realidad nacional del proceso salud–enfermedad nos enfrenta con fines económicos y políticos a atender al mayor número de personas con el menor costo posible y con el mayor impacto epidemiológico del proceso salud–enfermedad. Si alguna enfermedad muestra una magnitud baja, un coste elevado y una baja vulnerabilidad deberá ser puesta en el último lugar de la enorme lista de enfermedades cuya magnitud es mayor el coste es menor y su vulnerabilidad es alta está garantizado. El sustento a la tesis de este trabajo se puede apreciar entre los postulados básicos del Programa Nacional de Salud que señala hoy día las líneas de acción para el quehacer de la práctica médica en las instituciones de salud del Sistema Nacional de Salud y da prioridad a la atención de las 10 primeras causas de enfermedad.

De acuerdo a lo anterior es que esta forma de reflexión sobre la toma de decisión dentro de la Bioética que identifica el bien como lo útil. La corriente utilitarista también conocida como contractualismo intersubjetivismo. Es producto del pensamiento ingles (siglos XVIII Y XIX) tiene sus antecedentes en: a) el Epicureísmo, filosofía que debe tener una función practica, librarnos de los dolores y de las pasiones para alcanzar la felicidad. Ir de las sensaciones a las anticipaciones y de estas a las afecciones b) el Hedonismo, consiste en huir del dolor y buscar el placer, como cualquier criatura animal c) el Empirismo del Hume, el fundamento de la moral es la utilidad; la acción buena es la que procura la felicidad y satisfacción de la sociedad; esta utilidad responde a una necesidad o a una tendencia natural, tendencia que inclina al hombre a promover la necesidad de sus semejantes. La razón no instruye en las diferentes direcciones de la acción, la humanidad nos hace establecer la distinción a favor de las que son útiles y beneficiosas.

John Stuart Mill (Londres 1806/ Aviñon 1873) filósofo y economista inglés, es el principal representante de esta corriente. Utiliza el término Pragmatismo/Utilitarismo retomando una idea de Galt, signado en los Annals de París. Aunado al pensamiento de Stuart “el egoísmo esta en el fondo de la naturaleza humana, de manera que la mejor forma de promover el altruismo consiste en hacerlo coincidir con el propio interés. La

sociedad perfecta será aquella organizada de tal modo que haga coincidir lo más posible el bien general y la felicidad personal”<sup>69</sup>; las ideas de Bentham “la mayor felicidad al mayor número de personas”; el concepto de Adam Smith “gozar de la felicidad del próximo, en simpatía”.

El estudio de Jeremy Bentham “sustitución de la naturaleza Metafísica del hombre por la consideración del móvil que determina su obrar”; la fórmula de César Becaria “La máxima felicidad entre el mayor número de personas”. La idea de “La coincidencia de la utilidad privada con la utilidad pública” aportada por James Mill y la estrecha asociación de la corriente pragmatismo utilitarista con la teoría Demográfica/Económica de Robert Maltus, y finalmente, las ideas aportadas en los trabajos de M. Scheler y Nharman en su “Ética fenomenológica K. O. Apel y J Hartmann en su teoría “de la comunicación” todas estas ideas dan cuerpo y conforman el Pragmatismo y Utilitarismo.

**La orientación que sustenta el pragmatismo–utilitarismo es:**

Rechaza a la metafísica al utilizar un pensamiento filosófico administrativo. Relaciona costo/beneficio; evalúa lo grato/desagradable. Evalúa los parámetros de costo/eficacia, calidad de vida/expectativa de vida. Calidad de vida reducción del dolor/reducción del costo económico. Triple precepto: máximo placer, mínimo dolor, ampliando la libertad personal de las mayorías. Que la atención de la salud se dirija a personas útiles y productivas y calidad de vida.

**Los valores que el pragmatismo–utilitarismo sustenta son:**

Relativismo de valores. Confronta valores de diferente naturaleza: Salud, productividad terapia, disponibilidad/dinero. Basa la calidad de vida en la evaluación de factores biológicos o económicos. Prepondera los valores administrativos de las instituciones del Sector Salud.

**Las acciones que justifica son:**

“Equidad” de la asistencia mínima. Reduce la categoría de personas a solo la capacidad de sentir placer y dolor. Sustentar la utilidad y la productividad.

---

<sup>69</sup> Óp. Cit. en 20, pp. 431-433

### **Las consecuencias del pragmatismo–utilitarismo son:**

Justifica la supresión de la vida por la supresión del sufrimiento, licitud del aborto de la madre soltera por lo que produce sufrimiento moral y social. Justifica el sacrificio de los que no son productivos que no pueden tener calidad de vida.

Los valores que maneja esta postura están en relación directa con aspectos biológicos (eugenesia) económicos (costo/beneficio) y administrativos quedando la atención médica de la persona supeditada según el cumplimiento de los aspectos antes citados. De tal suerte que equidad y justicia son considerados valores secundarios y esto culmina en discriminación y negación de la atención médica, la dotación de medicamentos y el seguimiento formal de los pacientes con VIH/SIDA. La práctica del pragmatismo–utilitarismo explica, aunque no justifica la pobre e inadecuada calidad técnica, humana y administrativa de la atención médica que se otorga al paciente VIH/POSITIVO.

Las ideas anteriores permiten entender que si México El Sistema Nacional de Salud se rige por los principios, la orientación, los valores y las acciones que justifica el pragmatismo–utilitarismo, queda claro que el VIH/SIDA que es un evento en salud–enfermedad de pobre magnitud y alto costo sea dejado de lado y el paciente que cursa con este cuadro clínico sea considerado como “sacrificable”.

### **3.2 Personalismo**

Persona=ens ratione praeditum

Corriente Bioética que identifica el bien con la dignidad de la persona humana. En la década de los 80’s Elio Sgreccia se convierte en el compilador e impulsor de esta corriente, y entre otras ideas tomo como eje la Encíclica *Evangelium Vitae* de Juan Pablo II<sup>70</sup> y poco a poco va conformando el cuerpo teórico de esta corriente. Con fundamentación Ontológica impulsa esta corriente o modelo que se opone y a la vez complementa a las corrientes o modelos antes descritos. El pensamiento de Aristóteles y el de Santo Tomás de Aquino (Aristotélico/Tomista) Da sustento al destacar que la persona es unión sustancial de alma y cuerpo, cuerpo/alma/espíritu. El ser humano existe desde el momento que empieza a existir su cuerpo es decir desde la fecundación.

---

<sup>70</sup> Juan Pablo Segundo, *Evangelium Vitae*, Editrice Vaticana, Roma, Italia, 1995

S. Boecio<sup>71</sup> (SIGLOS V-VI) describe el concepto de persona como “Sustancia individual de naturaleza racional”. Santo Tomás<sup>72</sup> agrega que “La esencia que subsiste por sí y que permanece en los actos contingentes y mutables [...] es la persona humana (categoría Ontológica) hoy día entendemos a la persona humana como una unidad física/síquica/social/espiritual (las conocidas dimensiones del hombre) y especifica que se es persona desde el momento de la concepción hasta el momento de la muerte (artículo 22 del Código Civil para el Distrito Federal).<sup>73</sup> Por lo tanto el significado Ontológico subraya que el fundamento de la misma subjetividad estriba en una existencia y una esencia constitutiva en la unidad cuerpo espíritu.

La razón, la libertad y la conciencia hacen de la persona humana un fin que no un medio; un ser humano/persona con dignidad de persona humana. Entre otros S. Boecio, Santo Tomás, Kant, Popper, Mounier, Kierkegaard, Renouvier, Maritaín, Sgreccia<sup>74</sup> y Cuttara son los principales pensadores que han confirmado y dado cuerpo a esta corriente o modelo. El hombre es persona porque es el único capaz de reflexionar sobre sí mismo, dar cuenta de sí, de su entorno y de auto determinarse.

#### **La orientación que el personalismo sustenta es:**

Sustenta el respeto por la salud, la vida y la dignidad humana. En el hombre la personalidad subsiste en la individualidad de un cuerpo y un espíritu. Sus raíces están en la razón misma del hombre y su libertad. Se es persona por tener la capacidad de reflexionar y autodeterminarse.

#### **Los valores que el personalismo sustenta son:**

Los valores absolutos y universales. En cada hombre se recapitulan y cobran sentido el mundo entero y se encierra el sentido del universo y el valor de la humanidad es una unidad y un todo. El hombre es el fin y no el medio y trasciende al derecho, a la economía, a la historia. La ética tiene como destinatario al hombre en la plenitud de

---

<sup>71</sup> MARTI, A, GABRIEL, *Sustancia individual de naturaleza racional: el principio personificador y la índole del alma separada*, de BOECIO; *Liber de persona et dualws naturis*, ML, LXIV, 1343. Cfr.

<sup>72</sup> TOMAS AQUINO, *Summa Theologiae*, prima pars. Qu.29, ar. 1 Filosofía, conocimiento y vida enero 2009

<sup>73</sup> Código Penal para el Distrito Federal, Porrúa, México, 2008

<sup>74</sup> Sgreccia, Elio, *Manual de Bioética*, Diana, México, 1994, pp. 73–174

su valor. El hombre es el punto de referencia y de medida entre lo lícito y lo ilícito. La atención con igualdad de oportunidades a sanos, enfermos, y minusválidos.

**Las acciones que el personalismo justifica son:**

La persona es un cuerpo espiritualizado, es un espíritu encarnado, vale por lo que es y no sólo por las opciones que lleva a cabo. En toda elección empeña lo que ella es su existencia. Su esencia, su cuerpo su espíritu; en toda elección se da el ejercicio la facultad y el contexto de la elección, o lo que es lo mismo, un fin, una medida y unos valores. En la persona se da la unítotalidad de cuerpo y espíritu que representa un valor objetivo del que se hace cargo tanto de la propia persona como de la ajena. En el valor ético del acto debe considerarse la subjetividad de la intención así como el contenido objetivo de las consecuencias.

**Las consecuencias del personalismo son:**

Respeto por la salud, la vida bio-psico-social y espiritual y la dignidad humana. En el juicio prevalece la evaluación subjetiva en la norma prevalece el valor objetivo que hay que adecuar más al primero. El momento de la aplicación del juicio ético exige adquirir capacidad de encarnar valores sensibilizando el sentido y al valor de la persona que nace en la conciencia del hábito inspirado en la virtud. Integrando el momento del esclarecimiento y fundamentación de valores y normas y el momento de su aplicación coherente y correcta.

El personalismo identifica el bien con la dignidad humana y todo individuo por el hecho de ser persona es un ser racional, con conciencia de sí mismo, con libertad y capacidad para autodeterminarse, es un fin en sí mismo y no un medio. Da cuenta de sí y de su entorno. En el personalismo se busca el respeto por la salud, la vida y la dignidad humana, en el acto médico mediante el modelo deliberativo de relación médico-paciente se respetan por igual la beneficencia que busca el médico y la autonomía que ejerce el paciente de tal suerte que ambos descubren el sentido de las cosas y con ello dan significado a su expresión como médico y como paciente cobrando sentido el mundo entero y el valor de la humanidad es una unidad y un todo. El personalismo señala que la atención médica se ha de otorgar con igualdad de oportunidades a sanos, enfermos y a “grupos marginados” por supuesto a lo que se refiere es a todo aquel individuo que arbitrariamente ha sido ubicado como perteneciente a

un grupo que posee una característica que le “hace diferente” al grupo hegemónico, considerado como “normal”.

En el personalismo el momento de la aplicación del juicio ético exige manejar la capacidad de encarnar valores sensibilizando el sentido y al valor de la persona que nace en la conciencia del hábito inspirado en la virtud, integrados en el momento de su aplicación coherente y correcta en beneficio del paciente que demanda la atención médica.

En el presente trabajo en donde la persona humana es el eje central, en donde el paciente como persona requiere y demanda una atención médica con calidad total como su dignidad merece. El personalismo es la opción mejor y mayormente calificada en orden de dar la respuesta esperada. De tal forma que tanto el médico como el paciente logren la satisfacción personal que buscan.

El personalismo tiene como objeto de trabajo a la persona humana, ella es su razón de ser, toda persona tiene los mismos derechos y merece las mismas oportunidades para su atención médica. Toda persona es digna y tal dignidad es objeto de cuidado y respeto. De contar con las condiciones, recursos y tiempos requeridos en las Instituciones de Salud, todo paciente debe recibir la atención médica que con acuerdo a su condición de salud–enfermedad demande. Excepto que la política de las Instituciones de Salud debido al exiguuo presupuesto que reciben, a la concentración y a la vez carencia de recursos humanos, de insumos, de unidades médicas con material y equipo suficiente y adecuado practican la atención masiva de pacientes y en quince minutos “dan solución” a la demanda de atención médica que les es solicitada. Costo–beneficio; resultados rápidos, prácticos y baratos son la norma.

Empatar ambas corrientes requiere que el personal de salud recuerde que el paciente es como él, una persona digna y por lo tanto como profesional de la salud está obligado a otorgar una atención médica con calidad total, hasta donde la situación de las condiciones se lo permitan.

### **3.3 Dignidad**

Hablar de los derechos de las personas obliga a hacer un alto en lo que se conoce como dignidad humana y de ahí partir al enfrentamiento de los conflictos éticos de los eventos que reclaman ser humanizados e.i. la atención del paciente homosexual que vive con seropositividad al VIH y/o SIDA.

Digno es aquello “que merece algo [...] correspondiente, proporcionado al mérito y condición de una persona o cosa”<sup>75</sup> en latín dignidad define lo que es estimado o considerado por sí mismo, no como derivado del otro, puede entenderse que aplicado a la persona; parafraseando a Kant que la persona no es un medio, es un fin en sí misma. La Real Academia Española la define: “La dignidad humana significa el valor interno e insustituible que le corresponde al hombre en razón de su ser, no por ciertos rendimientos que sea capaz de prestar, sino por ser un fin en si misma”<sup>76</sup>

La dignidad tiene dimensiones tanto a nivel individual como a nivel social, esto es que todo aquel con quién se interactúe ha de favorecer la práctica del reconocimiento y el respeto a la libertad y a los derechos del uno y del otro. Entender y aceptar esta idea se manifiesta en la actitud –como forma de comportarse– ya sea digna o indignamente y se manifiesta también como importancia de un ser independientemente de su comportamiento, esto es interrelación de personas.

“Todos estamos de acuerdo en que la dignidad humana es algo sumamente importante [...] se trata de un concepto vago, con un sentido casi individual [...] resulta ser asunto personal o por lo menos estar sujeto, en diferentes grupos sociales, a variaciones mucho más amplias que los conceptos de los derechos humanos y el principio de justicia los cuales son mayormente universales y por tanto generalizables. El concepto de dignidad humana forma parte de las tradiciones y de las costumbres de las distintas culturas [...] cuya característica básica es precisamente la heterogenicidad, se adquiere a través de la vida y de la experiencia privada de cada uno de nosotros [...] lo que el sujeto siente y piensa de sí mismo, lo que está dispuesto a aceptar de su propio comportamiento y del de los demás, para conservar el respeto por su persona [...] pero este respeto no es una propiedad específica o característica legal y lo universal del sujeto, sino a sus derechos, a su autonomía y a su libertad, y también a su historia, a sus creencias y a su ambiente social y familiar [...] cuando se actúa con acuerdo a lo anterior puede decirse que también se está respetando la dignidad (suya y del otro)”<sup>77</sup>

---

<sup>75</sup> Real Academia Española, *Diccionario de la Lengua Española*, Madrid, 1992

<sup>76</sup> Kraus, Arnoldo y Pérez, T. Roy, *Diccionario incompleto de Bioética*, Taurus, “Pensamiento”, México, 2007

<sup>77</sup> Bermejo, J. Carlos, *Que es humanizar la salud; por una asistencia sanitaria más humana*, San Pablo, Madrid, 2005, p. 66

El sistema de salud tiene también el derecho–obligación de reconocer la dignidad del paciente, vista esta –la dignidad– desde el Personalismo aún y cuando la práctica médica está enmarcada dentro del pragmatismo–utilitarismo, desafortunadamente, dado que desde esta óptica en la praxis, la dignidad parece estar escondida, como perdida dentro de las posibilidades efectivas y de logística al otorgar el servicio de salud–enfermedad que requiere y demanda el paciente, cuya vulnerabilidad humana se encuentra al límite e.i. el paciente homosexual seropositivo al VIH/SIDA. Aún y cuando queda claro que para médicos y enfermeras el respeto por y la defensa de la vida humana, son el eje rector de su actuar; a menudo se esgrime “la razonabilidad” de argumentos que permiten la exclusión para no otorgar atención médica y cuidado de enfermos y marginados. Argumentos que se invalidan por el impacto que produce la mirada del rostro humano frágil.

El personal de salud es también humano, y por lo mismo, con frecuencia se plantea la interrogante ¿es siempre, toda persona, digna de ser respetada y cuidada sin límite?, según la respuesta, será el actuar.

El paciente por tendencia humana natural se ama así mismo, esto lo lleva a luchar por su propia vida, por su espacio social y por la vida del otro. Traduciendo las ideas que tienen tanto el personal de salud como el paciente, se puede ver claramente que la idea y práctica de la dignidad subsiste, sólo debe ser redimensionada, para empoderar al hombre.

La dignidad humana es la potencialidad de las cualidades espirituales que definen a todo ser humano aún y cuando éste se halle privado de las habilidades correspondientes a un desarrollo psicológico–moral, por supuesto la fundamentación de la dignidad humana, planteada desde esta perspectiva es meramente metafísica.<sup>78</sup> Todo ser humano con base a su racionalidad, emotividad y libertad tiene la capacidad de actuar moralmente en la vida diaria para bien de si mismo y para bien del otro, esto es dignidad. “Se dice, entonces, que esta dignidad que procede de la capacidad de la persona de dirigirse por si misma hacia el bien y de su aptitud para autodeterminarse.”<sup>79</sup>

Tal manera de actuar supera cualquier situación interna o externa en relación con la persona que actúa, esto es expresar en vivo, aquí y ahora lo que se concibe por dignidad. La persona

---

<sup>78</sup> Óp. Cit. en 77, p. 70

<sup>79</sup> Óp. Cit. en 77, p. 70

puesta por encima de los demás y de sí misma en el sentido del uso de la razón lo hace mayormente sociable ejerce su libertad y su responsabilidad en un acto consciente, trascendente que manifiesta tanto el uso de su razón como en el uso de su voluntad, en un acto de amor.

Pensar, decidir y amar son facultades por excelencia que posee el ser humano, facultades que le permiten ejercer la propia autonomía y entender que el otro independientemente de su actuar es un ser con dignidad; es un ser amable, “aún en el caso de un paciente vulnerado por la condición de homosexualidad y la seropositividad al VIH/SIDA”; quien se expresa en su vida frágil y al límite con la risa y con el llanto.

Diego Gracia nos recuerda que en cuestión de dignidad en casos de labilidad y vulneración hemos de recurrir a la llamada “ética de la fragilidad”: “El espíritu se manifiesta no solo como poder sino también como debilidad. Aún más, probablemente es en esta donde el espíritu muestra su rostro más específico.”<sup>80</sup>

Existe una relación directa entre dignidad y calidad de vida aún y cuando algunos individuos en la llamada fase terminal y algunos otorgadores de los servicios de atención médica no se lo parezca. Por la subjetividad del humano estos razonamientos y argumentación, generalmente, tienen como base el estilo de vida, sus deseos y necesidades.

*Parece natural pensar que es bueno todo aquello que va a favor de la vida y malo todo lo que va en contra suya o la pone en peligro. Pero la vida sin más no es un criterio de moralidad. El criterio surge cuando se califica o cualifica esta vida de cierta manera*<sup>81</sup>

Con el paciente con SIDA en fase terminal se da un evento curioso, su dignidad parece haber terminado y todos desean y esperan su muerte, pues “esto no es vida” y “está costando mucho su atención médica.” Cabe recordar que en ningún momento de su vida, y en ninguna circunstancia, la persona deja de ser persona y por lo tanto goza de dignidad.

Los juicios sobre calidad de vida son siempre relativos aún marco de referencia concreto. El hecho de existir no parece digno ni apetecible si no va acompañado de otra serie de cualidades y exigencias que lo hagan más apetecible y gustoso. El progreso ha hecho posible una cultura

---

<sup>80</sup>Gracia Diego, *Bioética clínica*, Búho, Bogotá 1998, p. 33

<sup>81</sup> Gracia Diego, *Ética de la calidad de vida*, Fundación Sta. María, Madrid España, 1989, p. 19

de bienestar, y la vida no merece vivirse si ella no alcanza también un nivel mínimo de satisfacción para que resulte agradable.<sup>82</sup>

La salud y la vida de un ser humano en precariedad reclama mayoritariamente lo mejor de la condición humana para luchar contra la adversidad y lleva al otro a desvivirse para que otro viva; expresión objetiva de reconocimiento de la dignidad humana de quien se atiende y se cuida. Esta responsabilidad es el reconocimiento de la dignidad del otro particularmente de los más débiles quienes corren el peligro de sucumbir ante la dinámica perversa de la “sociedad” que los mira en situación de inferioridad por ser homosexuales y estar enfermos de VIH/SIDA y los hacen objetos en lugar de reconocer que se trata de sujetos con dignidad.

*En el mundo de la acción social y de la salud donde nos encontramos con la dignidad humana que nos interpela presentándose vulnerable y precaria, la humanización consistirá en promover al máximo la responsabilidad en los procesos de integración y de salud, evitando que las relaciones de ayuda se conviertan en interacciones paternalistas y sustitutorias ahí donde la responsabilidad del individuo pueda participar –en menor o en mayor medida– en la lucha por la dignidad no solo como algo debido sino también como algo conquistado<sup>83</sup>*

Se ha mencionado que en México, la persona humana no puede ser ni esclavo, ni sujeto de discriminación<sup>84</sup> excepto que la persona seropositiva al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o enferma de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), sí es considerado como un sujeto que merece como castigo el acto discriminatorio. Esto es del dominio público, lo leemos en el periódico y lo podemos constatar en las oficinas de la Secretaría del Trabajo y en las que velan por los derechos humanos, aún y cuando no existan estadísticas. El capítulo VIII relativo al VIH-SIDA de la Ley de Salud del Distrito Federal en la Agenda de Salud 2010 ubica en los artículos del 54 al 57 la correspondencia del gobierno bajo la coordinación de la Secretaria, para definir, impulsar y garantizar la prevención y la atención médica de los habitantes del Distrito Federal con VIH-SIDA... “las actividades de prevención, información y consejería, el acceso a condones, la realización de pruebas de detección, la dotación de medicamentos, el cuidado médico componentes que serán de acceso

---

<sup>82</sup> García Férrez J, *Ética de la salud en los procesos terminales*, San Pablo, Madrid España, 1998, p. 99

<sup>83</sup> Óp. Cit. en 77, p. 70

<sup>84</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 16ª edición, Ed. Porrúa, México, 2009

universal y gratuito. Todo lo anterior de conformidad a los términos que se establezcan en las disposiciones aplicables.”<sup>85</sup>

Sin embargo, la desigualdad social, jurídica, regional y cultural no puede sino deformar y hasta pervertir la bondad de las reglas de la democracia representativa. Tal desigualdad es sostenida difundida, y “legalizada” por los modernos medios de comunicación de masas y por los planes ideológicos, inadecuadamente instrumentados y operados se tornan generadores de confusión, enajenación y discriminación.

El hecho de que no tengamos discriminaciones ideológica, política o legalmente institucionalizada (ocupamos el tercer lugar como pueblo que practica la discriminación en América Latina)<sup>86</sup> no significa que las desigualdades abismales que caracterizan a la sociedad mexicana, aunadas al peso de una herencia colonial ligada a un sistema de casta, no existan a manera de prejuicios, actitudes y prácticas claramente discriminatorias que se ejercen sobre los homosexuales, los bisexuales.

Cabe destacar lo que ocurre con los homosexuales y los bisexuales quienes, a pesar de algunos avances en cuanto a tolerancia y aceptación de la diversidad, los prejuicios, las actitudes y las prácticas discriminatorias, apoyadas además por una iglesia incapaz de superar sus posturas homófobas, siguen haciendo estragos que, sobre todo en las capas pobres, someten a sufrimientos indecibles y gratuitos a muchos individuos por el sólo hecho de “no ser normales”.

Basta pensar en lo que indican las encuestas a fin de comprobar el peso que la homofobia católica sigue teniendo para impedir leyes igualitarias o bien para estorbar campañas sobre el uso del condón e, incluso, para desconocer verdades tan obvias como que el SIDA no es una enfermedad exclusiva de los homosexuales.

La discriminación es un atentado a la dignidad de las personas, la supresión de sus oportunidades y la trasgresión de sus derechos. Contraviniendo lo que el primer artículo de la declaración de los derechos humanos señala “todos los seres humanos nacen libres e iguales

---

<sup>85</sup> Agenda de Salud 2010, *Compendio de Leyes, Reglamentos y otras disposiciones conexas sobre la materia*, Ed. ISEF 13ª edición, México, 2010

<sup>86</sup> Salazar C. L; *Democracia y Discriminación*, Consejo Nacional para prevenir la discriminación, CONAPRED, México, 2005

en dignidad y en derechos, y dotados como están de razón y de conciencia, deben compartirse fraternalmente los unos con los otros”<sup>87</sup> Max Weber nos dice que el dominador requiere de validar y legitimar su actitud de dominación y de discriminación: “Toda dominación, toda discriminación genera la necesidad, incluso para los propios dominadores, de ser legitimada, es decir, validada por creencias e ideologías encargadas de demostrar porque es justa la discriminación.”<sup>88</sup>

Discriminación es un término que ha adquirido un significado intelectual, moral y jurídicamente negativo (distinción por un rasgo específico: color, sexo, origen étnico, idioma, religión, opinión, preferencia sexual, etc.)

Para justificar nuestra actividad discriminatoria están presentes: los prejuicios, el miedo, la vergüenza, el orgullo, la vanidad, el dudoso aunque generalizado placer de sentirnos superiores y el perverso goce de utilizar, humillar y ofender a los débiles sólo porque son distintos y porque son débiles.

El VIH/SIDA es para el individuo que vive con él, una enfermedad, cuya mención provoca temores y pesadillas; es para ellos una parte más de sus actividades cotidianas en el mejor de los casos, o una sentencia de muerte, en el peor de los casos; a partir de la interpretación que hagan conforman su nueva identidad y responden a la vida. Me imagino que haber “visto” el virus así de cerca, cara a cara, otorga el beneficio de sentirse y saberse distinto al resto de la humanidad. Oler el aliento de la muerte es casi un privilegio. El SIDA es eso: miedo y sexo de ahí que se haya vendido tan rápido. El enemigo se esconde entre los genitales de todos esos hombres ardientes, por eso mismo se hizo tan deseable... Entender y respetar esta idea cuesta, no es fácil, estamos llenos de prejuicios, estamos prestos a juzgar, a condenar y a castigar a aquellos que son diferentes, a aquellos a quienes no entendemos, a aquellos que no se han disciplinado como otros lo han hecho.

Analizar el tema de la dignidad en este trabajo obedece a que el VIH/SIDA compite por presupuesto con enfermedades de magnitud mayor y coste menor y sobre todo de mayor vulnerabilidad, es un síndrome relacionado directamente con la expresión de la sexualidad que en el caso del paciente homosexual va más allá de la ortodoxia y lo establecido por la

---

<sup>87</sup> Óp. Cit. en 86

<sup>88</sup> Weber Max, *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*, FCE, México, 2003

sociedad, es una realidad en salud–enfermedad con carácter tanto individual como social que mueve a discusión, que lleva a la simple opinión o a la reflexión seria; evento que nos parece lejano pero puede estar muy cerca. La postura que se asuma puede reducir o aumentar el estigma, la discriminación y por lo tanto determinar el buen o el mal trato, según la capacidad y la sensibilidad (valores, ignorancia, prejuicios y miedos) que el personal de salud pueda mostrar al “paciente”, y éste, a quien le atiende en el momento de la atención médica.

En ese momento actúan dos personas humanas, con dignidad, personas que manejan valores, que poseen derechos y tienen obligaciones, actúan dentro de un marco normativo específico, un marco institucional y un marco humano; marcos en donde –teóricamente– el rechazo, el estigma, la discriminación, el maltrato, no existen.

La construcción social y cultural que sobre el VIH/SIDA y en relación con el paciente homosexual se ha establecido, no es la misma que en relación con la mujer y el niño se ha construido. En el segundo caso mueve a ternura y compasión, en el primero mueve a la discriminación a la estigmatización y al acto homofóbico. Discriminamos a todo aquel a quien no entendemos ni aceptamos, en nombre de la salud, la seguridad y la justicia.

Con familiares y amigos alimentamos los prejuicios en la plática cotidiana recurrimos a la caricaturización, las opiniones apresuradas y los chistes homofóbicos que “aplaude al macho y denigra al marica”. En el ámbito médico es frecuente referirse al paciente seropositivo o que cursa con SIDA, con el término “sidoso”. En el espacio del acto médico es frecuente que se regañe, se “eduque” y se invite al paciente a “ya no practicar eso” e incluso se le dice que por la conducta previa en materia sexual, el paciente es responsable de su nueva condición de seropositividad y/o de su enfermedad.

Al actuar el médico y el paciente –pensando en el concepto de dignidad– en el acto médico, lleva a la satisfacción, al no desapego, al no abandono del tratamiento; y al no rechazo de los servicios institucionales, y asimismo, a la autosatisfacción del personal de salud. En ambos desfavorece la indiferencia, la impersonalidad, la agresión, el despotismo, la frustración y el sufrimiento innecesario.

El actuar –con responsabilidad– esto es dar una respuesta atingente, oportuna y además placentera en el cumplimiento de un deber, ejerciendo dicha responsabilidad sin coacción<sup>89</sup> hace que el ser humano asuma el compromiso y viva la satisfacción del deber cumplido en beneficio del otro. Desafortunadamente, la respuesta responsable por parte de los médicos, en las instituciones de salud requiere de la coacción, el uso y aplicación de la “normatividad” que se rige bajo el criterio pragmático–utilitarista de “el mayor bien para el mayor número de personas”. Aún así el actuar con actitud profesional, con sensibilidad y con respeto rescata en el personal de salud la propia dignidad humana.

La Primera encuesta nacional SEDESOL 2005 sobre discriminación (se aplicaron 5808 encuestas) nos informa que: en México existe la discriminación contra los homosexuales en un 94.7%, que el lugar donde el homosexual por su condición sufre mayormente la discriminación es en el ámbito laboral 53.4%, que el 48.4% de los encuestados no aceptaría que en su casa viviera un homosexual enfermo de SIDA<sup>90</sup>

El profesional de la salud al tratar de entender la experiencia humana de su paciente, de cómo es que este la vive, cómo es que se mueve en el marco de las estructuras sociales que le establecen que es ser hombre, qué es ser mujer y que es ser... cómo es que éste, el paciente actúa según el otro y las cosas le significan.<sup>91</sup> Esta actitud de entender así al paciente, hace del médico un profesional que labora con el criterio de calidad total y cuando el paciente capta, vive e interpreta esa nueva experiencia de vida, sabrá y sentirá que es tratado como persona humana y podrá decir que la atención en el –acto médico– es excelente. Así el médico, la enfermera, etc., saben que son dignos como prestadores de servicios de salud.

### **3.4 Norma y sociedad**

En la NOM–010–SSA2–1993 se define operacionalmente como caso: persona infectada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o que tiene diagnóstico de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida a partir de la cual se infecta otra persona. Y al complejo relacionado con el SIDA a aquel cuadro clínico caracterizado por pérdida de peso, diarrea o linfadenopatía generalizada (persistente), que es sugestivo pero no diagnóstico de SIDA.

---

<sup>89</sup> Domínguez, M, O, *Bioética y calidad en la atención médica*, Distribuidora y editora Mexicana, S.A. de C.V., México, 2008, pp. 37-55

<sup>90</sup> Primera encuesta nacional SEDESOL, México, 2005, pp. 1-7

<sup>91</sup> Óp. Cit. en43, pp. 6,25

También establece que un caso confirmado de VIH/SIDA debe contar con los requisitos que marcan los criterios clínico, epidemiológico, y de laboratorio y gabinete. Esto es valoración clínica, estudio de contactos y pruebas de tamizaje (2 Elisa y prueba suplementaria, 1 Western blot)<sup>92</sup> La detección, el diagnóstico y el manejo inicial del paciente con VIH/SIDA se lleva a cabo en las Unidades Médicas del Primer Nivel de Atención. El manejo con antirretrovirales y de las complicaciones se realiza en el Segundo Nivel de Atención. Esto permite que el paciente reciba diferentes y a menudo opiniones en contrario –lo que lo confunde– pues la interpretación del caso, el conocimiento técnico no homologado y las fallas en la comunicación, son un serio riesgo para la salud y la vida del paciente. Se sabe que la referencia es obligatoria pero la contrarreferencia, aunque obligatoria también, parece ser opcional.

Si bien en México se dice y documenta que toda persona tiene derecho a expresar su sexualidad, al placer, a la libre asociación sexual con responsabilidad y respeto, a recibir asimismo, tiene derecho a la atención médica de su salud sexual, la realidad nos muestra un panorama que desilusiona, preocupa y obliga a actuar en consecuencia a todo nivel y en todos los sectores.

Aún y cuando parezca una utopía es preciso apostarle a la Educación para la Salud se requiere que en cualquier actividad de información, orientación y capacitación dirigida a la población el profesional tenga claro de que toda información –palabra, acto– tiene como objetivo el modificar el conocimiento, la actitud y la práctica del individuo a favor de la salud integral y enfatizar que la prevención por fuerza tiene que ser individual.

Aún y cuando la normatividad y las recomendaciones tanto internacionales como nacionales se encuentran descritas en programas para enfrentar el evento VIH/SIDA, no se refleja del todo en la operación real de los servicios de salud, no obstante los avances científicos y tecnológicos hasta hoy conocidos, el síndrome y la enfermedad continúan fuera de control y el paciente que cursa con VIH/SIDA tiene pobres expectativas de una vida con calidad.

A pesar de los logros y avances de las Organizaciones Gubernamentales y Públicas que en materia de derechos humanos, respeto a la dignidad de la persona humana y respeto a la diversidad sexual, el paciente homosexual que cursa con VIH/SIDA sigue sufriendo los efectos

---

<sup>92</sup> Óp. Cit. en 43, pp. 25-29

de la discriminación y la homofobia. Aún y cuando el Estado hace esfuerzos por lograr una adecuada educación para la salud, el acceso a los insumos y la accesibilidad a los servicios, el paciente que cursa con VIH/SIDA no recibe a entera satisfacción ni una auténtica y respetuosa educación, ni los insumos, ni accede a los servicios de manera regular y finalmente el personal de salud que otorga los servicios carece de una sólida formación y de la sensibilidad que el manejo médico de un paciente VIH/SIDA requiere.

La Bioética como disciplina deliberativa, plural y democrática, fundamentada en la reflexión humanitaria e interdisciplinaria, (transdisciplinaria) se basa en argumentos ampliamente analizados desde diferentes perspectivas, alejados de fundamentalismos y falsas ideologías, intenta contribuir a la democratización de las sociedades, mediante la participación de amplios sectores de la sociedad, tanto en la toma de decisiones como en la elaboración (recomendaciones) de las normas para la sana convivencia social y la búsqueda de los beneficios de la colectividad. Y producir cambios en el comportamiento, propiciar el acceso a la información, asegurar el acceso a medicamentos, combatir la desinformación, la discriminación, la intolerancia y cualquier otra forma de clasismo y violación de los derechos del paciente VIH/SIDA. Y hacer valer fines y valores.

Los antecedentes que fui encontrando por una parte en la investigación documental y por la otra en el trabajo cotidiano en la unidad médica con los pacientes me permitieron entender que abordar el problema desde la perspectiva de la Investigación Cualitativa era la mejor opción.

Por ejemplo podemos señalar los siguientes aspectos: la detección y el manejo inicial del paciente seropositivo al VIH o con SIDA siguen siendo del dominio de las unidades médicas del primer nivel de atención. El manejo de las complicaciones y el control del uso de medicamentos antirretrovirales se otorga en unidades del segundo o tercer niveles de atención<sup>93</sup>, esto dificulta el proceso de atención integral del paciente generalmente, se presenta por fallas de comunicación entre el personal de salud por nivel de atención: falla la referencia y contrarreferencia.

---

<sup>93</sup> Guía Institucional para el manejo de pacientes con infección por VIH/SIDA, Subdirección General Médica, ISSSTE, México 2002

Persisten la discriminación, la negación de la atención, la escasez de insumos, la estigmatización y el maltrato de los pacientes infectados por el VIH y de los enfermos con SIDA por parte del personal de salud: por ignorancia, por falta de preparación, capacitación y sensibilidad.

Las normas éticas vigentes aplicables al personal de salud en general no permiten ni la discriminación, ni el rechazo de los pacientes infectados por el VIH o enfermos de SIDA.

En educación para la salud. En general podemos señalar que:

- a) Se otorgan pocas —escasas— pláticas, además de poco impacto, en los pacientes, pues estos poco modifican su conducta en cuanto a prácticas sexuales se refiere sobre el VIH/SIDA, tales como las medidas de prevención, conductas responsables, elección de pareja sexual.
- b) La dotación de codones a los pacientes es irregular (ya que la distribución está determinada según existencia)
- c) Inadecuado uso de auxiliares educativos (no hay) pobre distribución de trípticos informativos (no hay)
- d) Poco interés y disposición del personal de salud para comprometerse con la educación para la salud en general y con el tema VIH/SIDA en particular.

El diagnóstico clínico se apoya con el laboratorio y el gabinete. El paciente bien informado otorga su consentimiento para la realización de ambos procedimientos y accederá con mayor agrado si se le oferta confidencialidad, esto no ocurre así en todos los casos. Ninguna prueba de laboratorio tiene otro fin que la protección de la salud del individuo y de la comunidad.

En cuanto al manejo del expediente clínico; los expedientes son “olvidados” sobre escritorios, las licencias médicas registran “infección por VIH ó Seropositividad al VIH. En el certificado de defunción se asienta como la causa primaria de muerte.

El seguimiento de contactos éste solo se realiza si hay libre consentimiento del paciente.

Generalmente se encuentran barreras para el acceso. Y se exagera en los trámites administrativos requeridos para lograr la atención médica.

Enfrentar un “problema semejante que tiene relación directa con la conducta humana” requiere de la concurrencia de autoridades civiles, científicas, sociales, de líderes de opinión y de los propios afectados, todos dentro de un clima de respeto mutuo, de inclusión, participación activa y de solidaridad.

Con gran acierto, Mark Platts señala que los problemas que nos plantean los fenómenos del VIH/SIDA pueden ubicarse en tres categorías a saber: científica, política (Salud Pública) y social. Y sobre las cuales ha de ponerse cuidado y poner atención para detectar la génesis del dilema bioético y proponer soluciones.

Las consideraciones de Platts difieren poco con las encontradas en la operación de la unidad médica, en la información recabada en la observación no participante y en las entrevistas registradas en este trabajo.

En el título sobre usos y abusos de la moral Mark Platts cita a Gerald Friedland quien con gran sensibilidad invita a la reflexión sobre este problema en 1990 y señala que el “VIH/SIDA es una enfermedad terrible distinta y muy difícil de abordar por la naturaleza propia de la enfermedad —es desgarradora, cruel, implacable y total— con ataques repetidos por oportunistas, con desgaste, desfiguración y disfunción. Ataca a hombres jóvenes homosexuales y bisexuales, la muerte es más común en países pobres. El miedo a la transmisión está profundamente enraizado en nuestras concepciones sobre el valor social de los individuos y la aceptabilidad de sus comportamientos sexuales *los homosexuales infectados son ellos mismos los causantes de su propia enfermedad por lo tanto no son dignos de compasión y si son culpables, condenables y merecen castigo* (Muerte social y muerte orgánica).”<sup>94</sup>

En conformidad con los datos observados en el área operativa, con la información documental obtenidos a lo largo de la maestría y el propósito de entender por qué el proceso de la atención médica se da de esta manera, obliga a la sistematización de dichos datos en busca de una explicación.

---

<sup>94</sup> Platts, Mark, *Sobre usos y abusos de la moral*, E. Paidós, Instituto de Investigaciones Filosóficas, Universidad Nacional Autónoma de México, 1999, pp. 12,13

## Aspectos Metodológicos

### Investigación Cualitativa y tipo estudio

El presente trabajo requirió ser abordado con un modelo de investigación de tipo observacional y descriptivo.

La curiosidad y la capacidad de asombro del hombre le llevan a preguntarse el cómo y el por qué de lo que sus sentidos perciben y su inteligencia interpreta, de lo que ocurre en su entorno, en un pedazo de la realidad o en general, de su realidad.

Se asombra, se maravilla, contempla, observa y de esa impronta nacen las preguntas e intenta responderlas, darse una explicación. Tratar de entender es el primer paso y, si bien no todos los hechos que constituyen esa realidad pueden ser analizables experimentalmente y explicables con el rigor científico en su totalidad, si puede buscárseles el cómo ser comprendidos. Husserl afirma que: “las formas de ser, que tienen especialmente sus modos de darse, tienen también sus modos en cuanto al método de conocerlas”.<sup>95</sup> En la actualidad el campo de las ciencias es complejo y heterogéneo, por lo tanto ya no puede hablarse de un método común a todas para conocer la realidad y sabemos que no todas las cosas pueden analizarse experimentalmente.

A medida que el ser humano conoce, entiende y acepta su mundo, reconoce lo bueno, lo útil y transforma lo que no le es grato o le perjudica. Aumenta su conocimiento y ha de aumentar también la sabiduría para manejar ese conocimiento significativo que ahora posee para hacerlo suyo o bien para ponerlo al servicio de la humanidad. No ha de sacrificar aquello que la humanidad reconoce y acepta como valioso, como auténticamente suyo, es decir humano, y no ha de desgastarse en la búsqueda de conocimientos probados y validados científicamente, es decir debe buscar entender el evento en su totalidad, desde todos los ángulos posibles y lograr comprender el por qué de las creencias y los actos humanos.

Miguel Martínez apunta: “el paradigma científico tradicional centrado en el realismo, el empirismo y el positivismo ha alcanzado los límites de su utilidad en la mayoría de las áreas del saber y que se impone la necesidad de hallar otro [...] el nuevo paradigma tendrá presente

---

<sup>95</sup> Álvarez-Gayou, J., Juan Luis, *Como hacer investigación cualitativa; fundamentos y metodología*, Paidós, México, 2009, p. 15

que las ciencias humanas nunca podrán ser objetivas”.<sup>96</sup> Por ello sus métodos de abordaje deben ser diferente, buscando lo holístico.

Al respecto de lo propuesto por Miguel Martínez, podemos enfatizar lo que había planteado con anterioridad Kant que “la ciencia es un producto del hombre, el conocimiento es un constructo, el conocimiento como producto nunca podrá dar razón plena de él”. Este nuevo paradigma al que Miguel Martínez se refiere es lo que es la Investigación Cualitativa, una forma distinta de abordar la realidad, y que al igual como señala John Manen: “Los investigadores se vuelven reporteros de los dolores, los traumas, los miedos, las ansiedades, los sueños, fantasías y esperanzas.”<sup>97</sup> Pero no se quedan hasta ahí, al rescatar esas experiencias de los otros deben ser analizadas, interpretadas en sus propios conceptos para poder llegar a conclusiones y propuestas concretas.

Para ello el investigador requiere poseer nuevas y diferentes características, tener nuevas actitudes y estar abierto a todo tipo de cambio dentro de su que hacer como investigador, pues va a desarrollar ideas, explicaciones y teorías a partir de las información de los otros de manera flexible y no necesariamente para cazarlos con hipótesis previamente establecidas. Se presenta en el lugar y con los individuos que conforman su ámbito y universo de trabajo haciéndolo con respeto, con apertura, comprende y acepta a las personas como son, es decir se propicia el rapport. Sus creencias y predisposiciones como persona e investigador también son tomadas en cuenta. Todo es nuevo, no ha ocurrido, inicia la investigación sin prejuicios y sin enjuiciar o criticar actitudes, hechos o pensamientos. No busca verdad o moralidad, busca comprender el evento para después explicarlo (observa, registra, interpreta, comprende y finalmente da una explicación). Ha de estar pendiente del efecto que su presencia y su actuar, con lo que causa en las personas con quien interactúa como investigador; debe recordar siempre que trabaja en el aquí y el ahora y que pretende entender la interacción social tal y como se da. El investigador tiene siempre la posibilidad de construir –deconstruir y reconstruir; definir y redefinir el modelo de abordaje del proceso que se investiga, lo que le importa es lo que está ocurriendo, como se da, no calificará si está o no en lo correcto, así ocurren las cosas, ¿por qué ocurren así?, ya lo explicará. Se entiende que la investigación cualitativa no es simplemente un paradigma diferente, es a la vez también todo un arte.

---

<sup>96</sup> Óp. Cit. en 95, p. 17

<sup>97</sup> Óp. Cit. en 95, p. 21

Mathew B. Miles y Michael Huberman consideran que por este camino “los investigadores logran una visión holística sistemática, amplia e integrada del contexto del objeto de estudio: su lógica, sus ordenaciones y sus normas explícitas e implícitas [...] y su tarea fundamental consiste en explicar las formas en que las personas comprenden, narran, actúan y manejan sus situaciones cotidianas y particulares, en el ámbito en donde estas se den”.<sup>98</sup>

Habrà por lo tanto que estar consciente de que lo que se busca es lograr y asegurarse de aprehender la situación y las condiciones reales y veraces de los hechos que se estudian. El trabajo del investigador cualitativo es mayormente descriptivo y auténtico. Los datos obtenidos han de abordarse en un todo real capaz de dar cuenta de esa realidad que se investiga.

Va quedando claro que “la investigación cualitativa busca la subjetividad y explicar y comprender las interacciones y los significados subjetivos individuales y colectivos” (Álvarez–Gayou). Como señalan Ivonne Szasz y Susana Lerner:

*Se trata [...] de acercamientos que se fundamentan en diversas corrientes teóricas... que muestran la realidad subjetiva y la realidad social [...] donde se inscriben las conductas y acciones humanas [...] estos acercamientos parten de producciones teóricas distintas como el constructivismo social, la etnolingüística, la etnografía, la fenomenología, la búsqueda de interpretaciones y significados, así como el uso de diversas técnicas de recolección y análisis de datos de la información, como la observación participante, las entrevistas individuales o grupales, el análisis de textos y testimonios, la historia de vida, o bien la combinación de éstas con herramientas derivadas de la estadística.*<sup>99</sup>

La metodología cualitativa tiene como trabajo ir al evento, observarlo y describirlo tal cual se presenta, encontrar el trasfondo y entenderlo holísticamente, para al final reportarlo. Para ello se vale de múltiples marcos diferenciales constructivistas y/o interpretativos y de métodos –técnicas– particulares, estas son seleccionadas con base en el objetivo planteado. De esta gama de marcos y técnicas señalaremos algunas relacionadas con este objetivo.

## **Inspección del evento**

### Revisión documental

- Técnica

---

<sup>98</sup> Óp. Cit. en 95, p. 28

<sup>99</sup> Óp. Cit. en 95, p. 41

- Normativa
- Operativa
- Legal

### **Selección de sujetos de estudio**

- Bola de nieve

### **Exploración del evento**

Observación del problema de estudio

- Descripción

### **Sistematización de la información**

- Categorías (establecimiento de...)
- Análisis de la información
- Presentación de resultados
  - Análisis de resultados
- Conclusiones
- recomendaciones

### **Constructivismo interpretativo**

Dentro del marco teórico del constructivismo interpretativo, el interés básico por un lado es entender la experiencia humana y cómo es que las personas y/o personajes lo viven porque son los hombres quienes construyen tanto el conocimiento como la verdad, no hay que encontrarlos acartonados, estáticos y universales, hay que construirlos en este tiempo y en esta cultura (por supuesto que se utilizan los conocimientos previos, presentes y actuantes de la subcultura en donde se desarrolla el individuo) y por el otro se da la necesidad de comprender el significado de los fenómenos sociales.<sup>100</sup>

Dentro de la teoría crítica se mira al mundo y a los hombres desde la óptica de las estructuras: familia, sociedad, escuela, Iglesia, Estado y cómo es ese contexto en particular, cómo nos vemos, reconocemos y actuamos en el, como entendemos y manejamos nuestros motivos,

---

<sup>100</sup> Óp. Cit. en 95, p. 47

miedos o deseos, Piaget dice: “Cuanto vemos escuchamos y sentimos los humanos resulta de nuestras propias actividades perceptivas y, por ende, es específico de nuestra propia forma de percibir y concebir”<sup>101</sup>.

La estructura mental en la que se inscriben el significado y el conocimiento son propios de cada persona —y aunque diferentes en cada una— funcionan y son el lenguaje y las normas que comunican y forman el valladar por lo que se da la interactuación lo que hace que por socialización se logre la coincidencia y permite por lo tanto que se pueda funcionar adecuadamente en sociedad.

La construcción social de ser hombre y/o ser mujer; el establecimiento de tipos o modelos de cómo es un hombre y cómo es una mujer, así como qué es lo que se espera de ellos —género, esquema clasificador— El sexo al que “pertenece” una persona (muy socializado por cierto) en cada cultura y/o subcultura, se marcan las prácticas sociales permitidas o prohibidas, prácticas naturales o antinaturales, prácticas morales o inmorales. Prácticas que hay que cumplir, hay que empatar con el tipo o modelo aceptado socialmente, porque si se contraviene el tipo o modelo, se es diferente y, como diferente, esto tiene graves consecuencias. Como bien señalan Jamake Highussater y Fernando Barragán:

*Sin embargo, continuemos viviendo la fantasía de que nuestra sexualidad es el aspecto más innato y natural de nuestro ser humano y que la conducta sexual entre hombres y mujeres esta predestinada por la biología y más aún por los dictados de la naturaleza humana [...] de ésta manera se construyen estereotipos de lo que debe ser masculino o femenino –límites- que niegan las posibilidades de diversidad. Contraponen lo masculino con lo femenino e impiden el desarrollo de la diversidad.<sup>102</sup>*

Ver el mundo así en el encuadre de los estereotipos, limita al ser humano, le pone retos a su desarrollo y le infringe una serie de grandes pesares, miedos y dolores, así como grandes frustraciones al forzarse a caber dentro de uno de ellos, dentro de lo que los otros esperan. El paciente homosexual que cursa con VIH/SIDA sabe que no ha cubierto las expectativas sociales, no ha cumplido con el modelo hegemónico establecido para ser considerado un hombre. Entiende que el estereotipo de lo que debe ser un hombre hoy día en México le ha quedado muy lejano, y no le importa, está dispuesto a pagar el precio, es más considera que

---

<sup>101</sup> Óp. Cit. en 95, p. 47

<sup>102</sup> Óp. Cit. en 95, p. 52

con la condición de seropositividad ya lo ha pagado con creces, esto es lo que su experiencia le dice y así lo vive.

### **Interaccionismo simbólico**

El interaccionismo simbólico es un paradigma interpretativo sociopsicológico, se ubica hoy día dentro de los Marcos Referenciales Interpretativos y debe su actualidad y vigencia a Herbert Blumer. El fue más allá de la tendencia reduccionista y de cuantificación que la metodología positivista imponía a la investigación en su área –psicología y sociología– y señaló la importancia de aprovechar la información naturalista.

El cuerpo teórico del interaccionismo simbólico plantea que:

- El hombre actúa según lo que el otro y las cosas le signifiquen (mundo material, seres humanos, actos y valores, Instituciones).
- Los significados –primarios– que se tienen del otro y de las cosas, y que nos mueven al acto son resultado de la interacción (con el mundo y con el ser humano).
- Los significados pueden ser reinterpretados con el propósito de hacerlos mayormente funcionales con acuerdo al contexto y al tiempo.

De tal suerte que en el acto humano tanto individual como social el significado es el elemento principal, más allá de la percepción, la actitud, la motivación, la ubicación, el rol, la demanda y la presión social, las normas y los valores culturales. Así se puede explicar el comportamiento humano –e.i. educación para la salud– por supuesto que el significado resulta de la conjunción del deseo (ser) con la interacción social (deber ser). Las cosas en si y la estructuración psíquica (sensaciones, sentimientos, ideas, recuerdos, motivos y actitudes).<sup>103</sup>

Por otra parte Blumer refiere que “el proceso interpretativo se da cuando la persona se indica así misma la cosa respecto de la cual está actuando [...] con un significado [...] proceso social internalizado y como resultado de este proceso de comunicación reflexiva [...] se es capaz de manejar los significados.”<sup>104</sup> El paciente homosexual que cursa con VIH/SIDA se ubica como diferente y como disidente, interpreta su realidad y su ser como un ir a contra corriente pero en paralelo. Las cosas del mundo y el otro le son significativos e interactúa con el otro de la

---

<sup>103</sup> Óp. Cit. en 95, p. 66

<sup>104</sup> Óp. Cit. en 95, p. 66

mejor manera posible, quiere amar y ser amado, como todos, excepto que ha elegido como compañero a un individuo de su propio sexo. Repite modelos construidos para y por el heterosexual. De lo primero que interpreta con relación al mundo y al otro actúa en consecuencia dado que las cosas que le ocurren le son significativas, excepto que, a menudo no le son funcionales y por ello se mantiene en constante reinterpretación de las cosas, de los fenómenos y del otro, buscando la “adaptación” y la “aceptación”.

En un proceso constante de redefinición y reestructuración de los significados siempre en contacto con la situación en la que se encuentre –punto de realidad– y con lo que se quiera hacer. La formación de la persona en interacción –simbólica y no simbólica– con el otro permite que los significados –revisados y analizados– sean la herramienta que conduce a la acción. Se trata de un proceso activo, dinámico y constante. Es decir, a la realización de actividades que entre los seres humanos y en su entorno interactúan, entonces tienen como fin encontrarse, respetarse y resolver las situaciones que enfrenten, buscando el bien común y crecimiento social. Cada individuo da cuenta de sí mismo, de sus actos, de la repercusión social de los mismos y en aras del bien común adecuan su conducta para el beneficio de todos.

Los objetos a los que se les otorga significado pueden ser físicos, sociales y abstractos; los significados pueden tener diferente significado para personas distintas esto puede significar que aunque viviendo juntos viven en mundos totalmente diferentes. Y el ser humano responde a indicaciones propias así como a indicaciones de los otros. “En la interacción social percibe los objetos al colocarse en el exterior y se ve asimismo desde fuera.”<sup>105</sup>

El hombre reacciona (interacciones no simbólicas) y actúa (interacciones simbólicas) cuando se enfrenta al mundo al que debe interpretar para en conciencia actuar. Da cuenta de sí y el otro, y crea una conducta que le permite estar en el mundo con su línea de acción.

Las personas son acto y potencia, siempre en acción, en interacción, interpretando, actuando (incluso en la omisión y/o la aparente inactuación). Como respuesta a las interpretaciones el hombre actúa y hace que el otro actúe en consecuencia, éste responde a indicaciones procedentes de la interpretación, con intensión y sentido (consciencia y voluntad) es una prerrogativa exclusivamente humana, y las diferentes actuaciones responden que se tienen

---

<sup>105</sup> Óp. Cit. en 95, p. 69

diferentes significados, diferentes expectativas y a fallas del uso y función del lenguaje y de los tipos o modelos rígidos e impuestos socialmente.

Por lo tanto el quehacer del interaccionismo simbólico se localizará en asuntos que tengan que ver con la cosmovisión, los eventos existenciales comunes e importantes para los humanos y las sociedades, aspectos de ideología de una subcultura local o de una cultura nacional, manejo de la emocionalidad, del poder, de la sexualidad, de la violencia, de la solidaridad.

Mediante la entrevista a profundidad se pueden obtener datos que permiten entender el porque el paciente interacciona con el otro, dado su interpretación del cómo interactúa él con el otro y éste con lo que ocurre entre ellos dónde y cómo ocurre, tanto las cosas como el otro le significan algo, tal vez algo por él deseado y esperado en el afán por ser feliz, por amar y ser amado. Esta primera interpretación le “sugiere” cómo actuar y en base con los resultados reinterpreta y sostiene o bien modifica su conducta. Esto permite entender el cómo y el porque actúa de tal manera.

Edmund Husserl en su amplia producción sobre la Fenomenología ubica a la experiencia personal como el centro del quehacer humano. Así lo señalan Juan Luis Álvarez y Gayou Jurgenson puntualizando que: “La fenomenología descansa sobre cuatro conceptos clave: la temporalidad (el tiempo vivido), la espacialidad (el espacio vivido), la corporalidad (el cuerpo vivido) y la relacionalidad a la comunidad (la relación humana vivida)”<sup>106</sup>

### **Fenomenología**

La fenomenología permite ir a la esencia de la experiencia vivida, ubica al individuo en el aquí y ahora (temporalidad y espacialidad) con el yo y el otro (corporalidad y relacionalidad) es decir le permite ubicarse en ese momento de la vida con el otro. Mediante la entrevista a profundidad se va a la esencia de ese momento, esto me permitió entender la magnitud y la esencia de lo vivido por el paciente y a él como es que con su cuerpo y en su tiempo vivió esa experiencia con el otro.

---

<sup>106</sup> Óp. Cit. en 95, p. 85

Los procesos interpretativos me permitieron conocer y entender a mi paciente y esto me pone en posibilidad de acompañarle en su proceso y de buscar acciones de mejora en el proceso de la atención médica.

Quiéralo o no el ser humano es a la vez un ser en el mundo y un ser para el mundo, está en relación constante con las personas y sus cosas, con lo que ocurre a su alrededor y en la condición de las situaciones en las que ocurren los fenómenos de la vida. El quehacer del investigador que trabaja con la postura fenomenológica es por tanto ir a la esencia de la experiencia vivida, desmenuza la intencionalidad de la conciencia tanto externa como interna, busca significados personales, analiza el discurso y la comunicación no verbal, usan la intuición y la imaginación y aportan su propia experiencia dentro de las estructuras universales para capturar la experiencia, analizarla, entenderla y comunicarla, y no enjuicia sobre lo que es o no real. Más bien explora el significado que las personas atribuyen a la experiencia vivida. Utilizan en mucho la técnica de la entrevista. Toda pregunta va encaminada a ubicar y entender el significado que de lo vivido tiene la persona y llega sin preconcepciones, abierto a escuchar, disfrutar, aprender y no cuestionar. Amadeo Giorgi propone: "Obtener los datos verbales; leer estos datos; agruparlos; organizarlos y expresarlos desde una perspectiva disciplinaria; sintetizar y resumir los datos para presentarlos"<sup>107</sup>

Para la entrevista individual, técnica central de la Fenomenología, lo básico es mover al entrevistado a reflexionar sobre el tema, el punto de encuentro, a profundizar sobre aristas del tema que se investiga.

La entrevista consiste en una conversación cara a cara. Tiene una estructura y un propósito fundamental: ver y entender el mundo y sus fenómenos desde donde lo ve el otro, el trabajo del entrevistador consiste en desmenuzar los significados de su experiencia. Steiner Kuale define que: "El propósito de la entrevista en la investigación cualitativa es "obtener descripciones del mundo de la vida del entrevistado respecto a la interpretación de los significados de los fenómenos descritos"<sup>108</sup>

---

<sup>107</sup> Óp. Cit. en 95, p. 88

<sup>108</sup> Óp. Cit. en 95, p. 109

Esto es conocer la vida del entrevistado y cómo se relaciona con la propia vida. El entrevistador debe contextualizar al entrevistado y lograr su participación decidida; ha de estar atento a qué dice y cómo lo dice para poder traducir lo expresado por el lenguaje cotidiano del entrevistado en un conocimiento cualitativo. Es deseable estimular al entrevistado para que su relato y la descripción sean abundantes y enriquecedoras para ambos buscando, que toquen de ser posible las cuatro dimensiones del hombre (biológica, psicológica, social y espiritual) animarlo a que hable de situaciones específicas y particulares, en primera persona, tal y como él o ella lo ven, lo sienten y lo piensan.

Sin ideas preconcebidas, ni cartabones rígidos, ni mucha teoría pero sí con una idea eje clara y concreta que permita la dimensión temática, la entrevista ha de prepararse con base en lo que se está buscando, ser flexible, permitir la reflexión y la interacción del entrevistado y el entrevistador, elaborarse en lo posible de manera ordenada para facilitar su transcripción. Cuando algo no se entienda hay que pedir al entrevistado que nos contextualice, dejarle hablar, permitirle que sea espontáneo, prolijo y específico.

Y así en la posibilidad de analizar lo escrito, poder cazar el propósito con los resultados y generar una historia que hable por sí misma, que no requiera de grandes descripciones ni agotadoras explicaciones.

En los métodos cualitativos la observación es el primer paso para obtener información, dado que es la piedra angular del conocimiento: desde el nacimiento observamos y aprendemos a diario para la vida cotidiana y para la vida intelectual, –percibimos, observamos– con los cinco sentidos y recogemos datos –información significativa– que dejan su impronta en todos los sentidos (en nosotros, en alguna parte existe memoria de todo lo vivido). El participante como observador se involucra en y con el evento que observa sin convertirse en un miembro más ni compartir la totalidad de los valores del grupo observado.

Patricia y Peter Adler señalan que:

*La observación consiste en obtener impresiones del mundo circundante por medio de todas las facultades humanas. Esto requiere de un contacto directo con el (los) sujeto (s) aunque puede realizarse observación remota registrando a los sujetos en fotografía, grabación sonora, o video grabación y estudiándola posteriormente.<sup>109</sup>*

---

<sup>109</sup> Óp. Cit. en 95, p. 104

El tema del VIH/SIDA y el paciente, así como los aspectos bioéticos en el caso de esta investigación requieren del abordaje de la investigación cualitativa y ubicarse dentro de los marcos referenciales interpretativos, del interaccionismo simbólico. La corriente bioética del personalismo y la postura filosófica del utilitarismo, y por lo que respecta a los métodos o técnicas cualitativas (observación no participante, entrevista a profundidad) para la obtención de la información significativa y útil que nos permita entender de manera amplia y global lo que el paciente siente, cree, piensa e interpreta tanto de su condición de salud–enfermedad como la forma en que el profesional otorga el tratamiento médico, y el trato administrativo y humano que recibe.

### **Metodología de la observación**

Para fines de este trabajo los métodos de la investigación cualitativa pueden complementarse, que no se excluyen y que así pueden fortalecerse en el acopio de la información y permiten interrelacionarlos, y desde su campo cada uno interpretar el dato y una vez interconectados en la interpretación dan una comprensión mayormente amplia del evento, permiten comprenderlo y describirlo con mayor precisión.

Por ejemplo la fenomenología me permite ubicar el evento en el tiempo, lugar y contexto que vive y/o vivió el paciente entrevistado –todo él–. El interaccionismo simbólico me permitió entender el significado que para mi entrevistado tienen el otro –su compañero; estable o bien ocasional– y las cosas que rodean esa interacción, mismas que le permitieron dar respuesta –la mejor– en el momento; reinterpretar posteriormente y dar una nueva respuesta a esa interacción con el otro, y el constructivismo interpretativo me permitió entender cómo el paciente entrevistado construye el conocimiento y “entendió el mundo en el que vive”, como desde donde él es, sujeto cognocente utiliza conocimientos previos para construir nuevos conocimientos, cómo y porqué advierte la necesidad de reubicarse con el nuevo conocimiento y actuar en consecuencia.

Durante la entrevista se buscan datos mediante preguntas concretas establecidas previamente, claro que este instrumento se elabora muy flexible y se está en el entendido de que pueden surgir nuevas preguntas o bien algunas pueden ser no pertinentes por tanto no se hacen. Además se puede ir de la tesis a la antítesis y regresar. Esto con acuerdo al ritmo e interés primero del entrevistado y luego del entrevistador, también se requiere que el entrevistador

sea muy respetuoso y esté atento a la recolección de información de interés y significativa, sin cuestionar ni dirigir al entrevistado en sus respuestas, premisas que seguí en todo lo posible y bueno, se logro el objetivo.

- Estar en el lugar donde se presentan las interacciones (unidad de medicina familiar)

Exploración del evento –acercamiento inicial– (punto de partida)

- Participante como observador –introducción al grupo– (vinculación)
- Entrevista –conversación; estructura flexible y propósito– (dinámica y proceso)
- Derechohabientes –homosexuales seropositivos al VIH/SIDA, adscritos a la UMF– (participantes)
- Cuatro pacientes –un mismo tipo de observación no participante, cuatro veces, en momentos diferentes y con distintos pacientes y cuatro entrevistas– (40 hrs.)

## **Observación**

### **Escenario del estudio**

Técnica clave que permite obtener datos del entorno, de las personas y de la interacción de estas entre sí y con el entorno, para lograr un primer acercamiento que permita la comprensión de lo que ocurre, tal y como ocurre, y para ello requiere que el observador desde fuera observe con mirada crítica; sin prejuicios, sin juzgar conductas ni actitudes, sin discriminar a las personas. Sólo observar sensibilizándose, simple y sencillamente lograr un primer acercamiento a la realidad, sin participar activamente con el otro.

Observar “desde fuera” Podría llamarse a esta forma de observar echar un vistazo, practicar una observación simple, básica, con el objetivo de irse adentrando en el tema de investigación, para ir definiendo, para entender que se pretende conseguir, para ir planteando el problema por investigar.

Primero es ubicarse en el lugar donde ocurre el evento, como se trata de observación no participante el punto es conducirse como el convidado de piedra, la opción más adecuada es actuar como si se estuviera haciendo un estudio de sombra, esto es aparentar que el motivo de

la presencia del investigador en el escenario es otro y no el de observar para luego describir el evento observado tal y cual sucede.

### **Observación no participante**

Para ello, ingresé al consultorio dental antes que el paciente saludara al odontólogo y a la enfermera, les informé que iba a contar los insumos e iniciar “mi revisión, conteo y calificación de los insumos” que se utilizan en ese consultorio, esto es parte de mi trabajo (ni el odontólogo ni el paciente conocían el propósito real).

Inicié la observación “haciendo el conteo de los insumos” guardados en el consultorio de odontología. Mientras hacía esto entró el paciente, yo seguía contando pero en realidad ponía atención al cómo se daba el –acto médico– entre el odontólogo y el paciente.

Parte de mi trabajo en la Unidad Médica es elaborar el informe mensual de insumos médico–preventivos, motivo por el cual “el pretexto fue creíble” yo ponía atención al evento y anotaba lo que ocurría aparentando anotar insumo por insumo.

El odontólogo saludó amablemente al paciente y procedió a otorgar la atención que este requería, este fue invitado a sentarse en el sillón dental y mientras le colocaba el mandil y llenaba con agua el vaso, el odontólogo preguntó de manera casual y amable sobre el motivo de la consulta y el estado en el cual se encontraba el paciente. Éste, contestó –bien– (pausa)...Doctor he de decirle que soy seropositivo (lo que llamamos dar la cara a la enfermedad) al recibir la noticia por parte del paciente de que él era seropositivo al VIH/SIDA su actitud cambió, inmediatamente puso distancia, su amabilidad desapareció, extremó los cuidados higiénico preventivos puso mayor cantidad de antiséptico. El paciente volteó a mirarme y sonrió, yo contesté la sonrisa, asentí con la cabeza y continúe mi trabajo de conteo de insumos...

El odontólogo miró a la enfermera; la enfermera miró al odontólogo y vació el contenedor de instrumentos dentales, dejó sólo un juego. Buscó el mandil grande y se lo colocó al paciente.

Mientras tanto el odontólogo se colocó un par de guantes y la careta de protección.

El paciente volvió a mirarme, yo no contesté la mirada esta vez, “me encontraba muy atento a mi conteo”

El odontólogo termino su trabajo, con eficiencia, excepto que en silencio. Fue técnico y profesional, pero dejó de lado la calidez. Su trato fue impersonal y las recomendaciones que dio generaron desconcierto en el paciente.

Terminado el acto médico, despidió al paciente, y la enfermera, guantes en mano, ubico los instrumentos en el recipiente para residuos peligrosos y salió rumbo a ceye (área de esterilización). El médico se quitó los guantes, los colocó en la “bolsa roja”, se lavo las manos y utilizó el desinfectante.

Yo continúe con mi conteo y al terminar salí. El paciente se dio cuenta y mostró su desconcierto por el trato recibido. Me comunico su molestia cuando hacíamos la entrevista.

### **Comentario**

Aún y cuando se procedió conforme a la Normatividad Vigente, se exageró en las medidas tomadas y tristemente, se perdió la calidez.

Esa palabra mágica seropositivo cambia la perspectiva y la secuencia de la actuación.

Esas miradas —cómplices— Muestran miedos, rechazo, discriminación y no importa que la técnica sea excelente, el cómo se otorga ese cuidado técnico, da por resultado algo nunca es agradable.

### **Conclusión**

Esta experiencia es enriquecedora, la observación por simple que sea, si tiene un propósito da mucha información. Para mi trabajo de investigación fue de lo más reveladora e interesante.

### **Metodología de la entrevista**

La conversación entre el entrevistador y los entrevistados se dio en un clima de confianza, respeto y honestidad. Aparentemente casual. Ya nos conocíamos hemos trabajado por años bajo las reglas previamente establecidas de: hablar en primera persona, responsabilizarse cada quien de sí mismo, hablar del evento que se relata con apego a la verdad, a cómo quien habla cree haber vivido o estar viviendo el evento que relata, tal y como él lo interpretó.

La entrevista se realizó con un guión de plática flexible, previamente establecido, pero al cual se le pueden agregar o quitar puntos de “encuentro”, guión que a la vez permite avanzar o retroceder, según el ritmo e interés, primero del entrevistado y después del entrevistador. El

propósito de la entrevista es el de conocer cómo es que el entrevistado llegó a poseer la condición de seropositividad al VIH/SIDA y como es que percibe y califica el servicio de atención médica que recibe por parte del profesional de la salud en el –acto médico–.

Los cuatro pacientes entrevistados son derechohabientes de la Unidad Médica del Primer Nivel de Atención del ISSSTE que poseen la condición de seropositividad al VIH/SIDA y que son homosexuales.

Fueron seleccionados con la técnica –bola de nieve– un paciente trajo al otro y así sucesivamente, se consideró que de los 26 derechohabientes, 4 eran suficientes, ellos podrían aportar datos comunes a todos. Con la información de los 4 se bastó pues es un criterio de la metodología cualitativa la saturación de información para determinar el tamaño de la población a estudiar.

Se trabajó con cada paciente una entrevista en dos partes cada una y con una duración total de 40 hrs. el trabajo fue exhaustivo e intenso y duró en efectivo más de lo planeado.

La información fue sistematizada en firme en cuatro entrevistas con dos partes cada una y luego confrontadas con lo señalado en la NOM–010–SSA2–1993 para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Documento que concatena y da origen a la normatividad vigente en la materia, y de ello se desprenden los denominados aspectos bioéticos, destacando los ordenamientos vulnerados, violentados y transgredidos que contra lo que dice la Norma el derechohabiente percibe como inadecuado, que atenta contra su dignidad de persona humana y que no respeta sus derechos como humano y como derechohabiente en una Unidad de Seguridad Social.

Los resultados se presentan en cuadros de tres columnas que primero registra lo que dicen los entrevistados, luego lo que dice la norma y finalmente el evento bioético de interés.

Al final se presentan conclusiones y recomendaciones con base en lo que la voz del paciente señala y lo que considero como actividad de mejora continua con el propósito de lograr otorgar una atención a la salud–enfermedad del derechohabiente bajo el criterio de calidad total y que el derechohabiente la perciba, interprete y califique como una atención médica de excelencia.

La ética como reflexión no ha de ser sólo un discurso debe ser como acto una práctica. Su ejercicio requiere de conciencia y voluntad, su propósito es el defender los derechos humanos y la preservación de la vida. La Bioética es el puente entre la ética y las ciencias biomédicas, su quehacer no sólo es el definir el porque del actuar ético (a manera reflexiva) también debe ser acto para permitir al hombre definir el cómo actuar con ética en la práctica médica (moral como acto). El sufrimiento y la muerte no pueden ser sustraídos a los pacientes, éste tiene derecho a recuperar su libertad y con la adecuada información a ejercerla. El enfermo nunca pierde su dignidad y la facultad para aceptar o rechazar las decisiones relativas a su salud y a su muerte. Entender esto no es fácil, hay que poner los pies en la tierra y abrirse a toda la posibilidad, así lo pide el mundo hoy día.

El derecho a la salud y a la asistencia médica con equidad y calidad independientemente de la condición socioeconómica, política, religiosa o preferencia sexual, el ser humano independientemente de las etiquetas sociales que se les ubiquen.

El médico debe detectar y/o diagnosticar tempranamente, estudiar y analizar el caso para establecer un diagnóstico temprano e instituir un tratamiento adecuado, eficaz y oportuno, hacer seguimiento y curar, o controlar el problema de salud y esto lo ha de hacer además de con calidad, con calidez calidad total. El paciente ha de informar y cumplir cabalmente las indicaciones del médico, la salud/enfermedad es trabajo de ambos. Cabe recordar que el prestigio científico y el dominio de tecnologías refinadas, no siempre penetran en la esencia de la vida humana y por falta de sabiduría para manejar el conocimiento puede caerse en la subordinación de la moral por el espejismo de los adelantos tecnológicos.

El alto costo y la complejidad de los estudios diagnósticos y tratamientos varios exigen cada vez más el escrúpulo, la autocrítica y la preparación más sólida de los profesionales de la salud.

Los problemas bioéticos abarcan un horizonte tan amplio como la naturaleza y la vida misma, respetable en todos los seres vivos, pero con mayor significado en el hombre, quien, por su dignidad de raciocinio, tiene capacidad de análisis para decidir libremente.

Toda violación a los Derechos Humanos representa la omisión de la dignidad y negligencia en la protección de la salud del individuo e imposibilita a éste para alcanzar su pleno desarrollo.

En la práctica, los seres humanos carecen de los medios adecuados para alcanzar a plenitud el uso y gozo de esos derechos, lo cual les permitiría ser hombres libres en plenitud.

El hombre tiene derecho a la preservación del cuerpo y la salud mental, social y espiritual. Siendo los hombres iguales por su idéntica naturaleza, todos deberían ser comunitariamente partícipes del disfrute de los bienes, de los derechos y las obligaciones.

No podemos permitir ya más que haya discriminación por raza, sexo, religión, preferencia sexual, y cualquier otro motivo, aunque éste aparezca como “legitimado”

La Ley General de Salud, la NOM-010-SSA2-1993 y la extensa variedad de Guías y Manuales para la atención de pacientes con VIH/SIDA hablan de otorgar una atención de calidad y con calidez de tal suerte que los pacientes tengan una mejor y una mayor calidad de vida. Excepto que el manejo de las complicaciones y la dotación de medicamentos se otorga en el Segundo o el Tercer Niveles de Atención, esto dificulta la atención integral, ya que son tres instancias las que intervienen y la comunicación (Referencia y contra referencia) es muy pobre, apenas llega al 18%, a esto se agregan la diferencia de criterios, de conocimiento y de espíritu de servicio de los servidores públicos –equipo de salud- la educación para la salud poco impacta a la población; la ignorancia, la falta de capacitación y de sensibilidad, la homofobia, la auto justificación y el miedo impactan en el personal de salud y permiten y promueven la inadecuada atención del paciente VIH/SIDA.

La discriminación, la negación de la atención, la escases de insumos, la estigmatización y el mal trato a este grupo de pacientes, son actitudes y hechos preocupantes e inaceptables, eventos que ocurren día con día y a todo nivel del Sector Salud.

Los aspectos técnicos referentes a la institución de tratamiento con medicamentos, el control del paciente por la clínica y el laboratorio (medición de CD4, relación CD4/CD8 y Carga viral) no siempre son registrados en el expediente clínico. ¿Será que el médico del Primer Nivel de Atención no lo sabe, o será que no le interesa?

La Primera Encuesta Nacional sobre Discriminación en México en el 2005 reporta que como causa de discriminación la preferencia sexual distinta alcanza el 36% (de 5808 encuestas) En caso del VIH/SIDA el porcentaje es de 10.8% por lo que respecta a la homosexualidad logra el 48.4%.

Dentro de los aspectos operativos de la Unidad Médica se puede señalar:

- Se otorgan pocas pláticas –Educación para la Salud- y de muy pobre impacto.
- La dotación de condones a los derechohabientes es irregular; a veces se hace, otras veces no hay existencia.
- Poco interés y compromiso del personal de salud para la atención del paciente VIH/SIDA.
- La realización de estudios de laboratorio pertinentes y requeridos para sustentar el diagnóstico VIH/SIDA, se realiza en el 3<sup>er</sup> Nivel de Atención y el tiempo perdido es de aproximadamente 3 meses.
- El manejo del expediente clínico no cubre con las instrucciones de orden administrativo discreción y confiabilidad.
- El estudio de contactos solo se realiza si hay libre consentimiento del paciente (caso índice)

### **Entrevista a profundidad**

De la entrevista con Luis se puede hacer el siguiente análisis

#### **PERFIL**

#### **LADR**

- Masculino 23 años
- Pueblerino de Oaxaca con primaria completa y cursos varios, jornalero de campo y empleado de intendencia, soltero
- Figuras paterna y materna tradicionales
- Primer acercamiento a la sexualidad  
Deseo reprimido por miedo “¡en el pueblo ni pensarlo, todo se sabe, mi padre me hubiera matado!”
- Primera experiencia sexual  
A los 16 años en el D.F., con un compañero sexual desconocido y bajo el efecto del alcohol sin uso de condón

- Acción sanadora  
Ninguna, no tomó en cuenta la posibilidad de infección
- Inicio en el mundo gay  
A los 16 años  
Conoce antros y dinámica de interacción. El miedo no le permite interactuar con compañeros en antro  
Vive una relación sexual con desconocido  
Se enamora de un compañero de trabajo  
No consolida relación de pareja por seropositividad
- Actual vive solo  
Trabaja y apoya a su familia  
Guarda el secreto  
No tiene vida sexual activa  
Acude a atención médica en Institución Oficial  
Acude a grupo “círculo de apoyo”

La actitud de Luis inicia en tono de aclaración y a la defensiva, habla a medio tono, se ubica dentro del género al que “debe” pertenecer y en realidad declara que es diferente, que no cubre el estereotipo. Busca el anonimato que se encuentra en las masas, busca como sostenerse y como “pagar” el abandono de la familia que dejó en su pueblo natal. Toma su tiempo para vivir su vida como realmente él quiere vivirla y va en busca de sí mismo. Sin propósito consciente y explícito busca y encuentra en el alcohol el auxiliar que le abra la puerta y le permita salir... y así encuentra el placer físico con un individuo y el placer psicológico y amoroso con otro. El primero le ha contagiado el virus de la inmunodeficiencia humana; el segundo le ha dado y retirado el amor. Luis está solo e inicia la caída.

Algo ocurre, se enferma muy seguido y tarda en curarse, pierde peso, no come, está triste. La noticia “cae como bomba” y no de la mejor manera. Luis no es respetado, y le ponen la primera etiqueta. Esta manera de dar la noticia lo lleva de la culpa al miedo y a la angustia.

En ese ser atendido por el personal de salud Luis recibe órdenes y obedece. No se le da explicación sobre la enfermedad, el tipo de estudios “especiales” que le van a practicar y el porque se requieren.

Luis capta que lo más importante es lo relacionado con el manejo del medicamento, que sólo eso importa y que él y sus dudas pasan a segundo plano. Tampoco recibe información sobre las medidas preventivas que debe practicar. Excepto que sí recibe la sentencia para que se olvide de vivir y expresar su sexualidad.

Luis percibe también que con el tiempo, la rutina se apropia del manejo médico y la persona se desdibuja hasta perder presencia y ser en adelante un caso más de VIH/SIDA.

La expectativa de vida para Luis se reduce a trabajar y mandar dinero a la casa paterna, a vivir el día/día y como allá a lo lejos... pertenecer a un grupo de pacientes VIH/SIDA informarse sobre su nueva condición y cuidarse.

¿Quién autoriza a un humano a lastimar a otro? ¡Nada ni nadie! Y nadie tiene derecho a decirle al otro que está mal, que está equivocado.

El papel de un profesional es otorgar la atención con calidad y con humanidad, las cosas claras no tienen porque ser indignas. Las cosas se dicen pensando que el otro es como yo un ser humano que piensa y siente como pienso y siento yo. El profesional por ser una persona capacitada y calificada para ejercer su profesión debe codificar los mensajes de modo que el otro los pueda decodificar sin sentirse lastimado.

La entrevista con Félix permite elaborar el siguiente análisis

### **PERFIL**

#### **FOM**

- Masculino 43 años
- Pueblerino de Veracruz con preparatoria incompleta, obrero y personal de seguridad, casado
- Ausencia de padre  
La figura paterna fue cubierta por un tío materno, madre sumisa
- Primer acercamiento a la sexualidad  
A los 7 años; juegos masturbatorios con un amigo de su pueblo

— Primera experiencia sexual

A los 7 años fue violado con violencia excesiva, por un conocido “amarrado a un árbol... me abrió las piernas y me penetró –el dolor fue intenso– cuando terminó, se fue, me quedé allí amarrado, solo y dolorido

— Acción sanadora

No se hablo del evento, recibió afecto–apoyo por parte del tío

— Inicio en el mundo gay

A los 19 años

Conoce antros y en estos a personas

Inicia relación estable

Se enamora

Es traicionado

Conoce a una mujer y se casa

Procrea 3 hijos

Vive en matrimonio

— Inicio de vida “doble” Bisexualidad

A los 19 años

— Actual

Vive con su esposa e hijos. Trabaja, produce, provee y participa en la formación de sus hijos.

Notifica sobre su condición de seropositividad a su esposa

Realiza escapatorias ocasionales y paga por servicios sexuales ocasionales.

No tiene relación homosexual estable

Acude a atención médica en Institución Oficial

Acude a grupo “círculo de apoyo”

Félix viene de una familia desintegrada y a la vez extensa. Alguien jugo el papel paterno solo que a medias. Inicia su caminar por la sexualidad de manera natural, como se da en su pueblo y conoce la brutalidad de la violencia al ser violado, conoce la amargura que acarrea el ser diferente y “entiende” que por ello merece un castigo, aprendió que de eso no se habla, que lo pueden querer y apoyar pero de eso de la sexualidad, de la brutalidad no se habla y sí hay que aguatarse y guardar el secreto. Vivió el abandono materno y tampoco recibió explicación alguna.

Emigró de su pueblo a la Capital, queriendo ser otro, sin dejar de ser quien era, aprendió a vivir una vida con dos caras y como él mismo lo dice “hombre de día, bella de noche” guarda muy dentro de él su bisexualidad. Es fuerte, recio, autoritario y callado con las mujeres, y sumiso, suave, tierno, obediente y dicharachero con los hombres.

La noticia le encontró desprevenido, una simple pesquisa, un examen rutinario, acordado por el sindicato con las instituciones y allí de pie, frente a la ventanilla le dijeron – eres seropositivo- así sin más. Fue presa del miedo, de la angustia existencial. Sintió culpa... y se preocupó por la familia; por la salud de los integrantes, por el futuro de ellos. Se organizó y construyó un futuro tranquilo y seguro para todos. Aceptó que es bisexual, seropositivo y que para morir solo hay que estar vivo.

Félix fue afortunado, el médico que le otorgó la atención fue claro, profesional y humano. Le explicó como es su enfermedad, el tipo e interés de los estudios por realizar y contestó todas sus dudas. Le explicó sobre las medidas preventivas y los cuidados que debía tener.

Félix percibió que era como un pez en la pecera, el espacio donde esperaba ser atendido era un paso obligado para el tránsito de pacientes y eso no le agrada en absoluto; un pez acompañado por muchos peces ruidosos que llaman la atención de cuanto transeúnte pasa por ahí, eso también le molesta y lo que ocurre es que como el mismo señala quiere pasar desapercibido, aún le cuesta enfrentar que ha elegido vivir como bisexual.

De la entrevista con Eduardo se puede hacer el siguiente análisis

### **PERFIL**

#### **RAHE**

- Masculino 26 años
- Pueblerino de Hidalgo, con Licenciatura y especialidad, Enfermero, soltero
- Padre muerto (a los 6 años de edad) La figura paterna fue cubierta por el abuelo materno, madre sumisa
- Primera acercamiento a la sexualidad  
A los 8 años descubrió que sentía atracción por individuos de su mismo sexo

“... empecé a notar que no era igual que los demás niños... tenía más amigas que amigos”

— Primera experiencia sexual

A los 11 años, relación “consentida” con un individuo de 38 años “... tuve mi primera experiencia sexual fue muy bonita y liberadora, por fin había encontrado a alguien que sentía lo mismo que yo”

— Acción sanadora

No se habló del evento, quedó agradablemente guardado

“... no hablo, nunca hablo... terminó, se subió el pantalón y me abrazó... puso mi cabeza en su pecho y despacito, respirando suavemente nos quedamos un buen rato”

— Inicio el mundo gay

A los 17 años con un amigo, conoció antros y personas

— Inicio relación estable

Se enamora

Es traicionado

Renuncia al control, cede propiedades

Persiste en apoyo

No tiene vida sexual activa

Acude a atención médica en Institución Oficial

Acude a grupo “círculo de apoyo”

Eduardo inicia la entrevista con una actitud de reserva, esta nervioso, como si se sintiera en el banquillo de los acusados. Cuando cae en la cuenta de que en ese momento él es el actor más importante de la entrevista y que va a hablar de sí mismo, percibiendo que es escuchado, se abre al diálogo y con fluidez habla de su vida privada. Eduardo deja por sentado con claridad que para él lo más importante es amar y ser amado, y curiosamente en sus relaciones Eduardo no es amado, sin embargo, es tratado y reconocido como persona.

Siempre espera el amor del otro y siempre da un amor total a su compañero en turno. Genera y vive su propia fantasía amorosa y aún perdiendo poco a poco, Eduardo continua manifestando su esencia.

No tiene dudas de quien es y donde está se conoce, se acepta construye su mundo, interpreta y reinterpreta siempre en actitud proactiva, trabaja, estudia y ordena su existir bajo el hilo conductor que se ha trazado, amar. Cuando fue traicionado e infectado siguió amando.

Eduardo ha recibido atención médica en la Clínica Condesa y en el ISSSTE en la primera encontró aceptación, respeto, información y trato adecuado; en el segundo encuentra insumos, estudios y control de padecimiento. Cuenta con apoyo familiar. Hizo suyo al virus y construyó al nuevo Eduardo sin perder su esencia, justifica todo cuanto ha hecho y vivido en su necesidad de amar y ser amado, no se culpa y no culpa a nadie. Hoy sabe tocar puertas e interactuar satisfactoriamente con el otro.

De la entrevista con Alex se puede hacer el siguiente análisis

### **PERFIL**

#### **APP**

- Masculino 42 años
- Ciudadino del D. F., Médico especialista, soltero
- Figuras paterna y materna tradicionales, incluyentes, respetuosos y muy amorosos
- Primer acercamiento a la sexualidad a los 21 años con una pareja estable, sin uso de condón
- Acción sanadora ninguna, el no podía infectarse, no era promiscuo
- Inicio en el mundo gay  
A los 17 años en fiestas ocasionales
- Inicia vida interactiva  
a los 23 años en bares y fiestas, sexualidad desenfrenada, contactos sin protección
- Actual  
Vive con una pareja estable, lleva 5 años trabaja en 2 Instituciones, apoya a su familia  
Acude a atención médica en Institución Oficial

Alex es un hombre alegre, abierto, inteligente, sensible y confiado. Transmite libremente su pensamiento y su actuar es congruente con quien él cree ser. Al inicio de la entrevista se muestra seguro, libre y abierto. Acepta que la supuesta seguridad y la idea de que a todo el mundo le puede pasar menos a él, idea que un gran número de pacientes seropositivos al VIH o con SIDA comparten, fue lo que a él lo llevó a contraer la enfermedad –algún día– se descuidó.

Comenta con libertad y seguridad que siempre fue así como es y que tanto lo entendió como lo aceptó. Se relacionó con el amor, buscó y consiguió la aceptación social a través de sobresalir en los estudios y destacar en el trabajo. Se relacionó con el otro, y como el mismo dice creó su propia telenovela, el otro es solo un actor más.

Su familia enterada de cómo vivía Alex su vida y que contrajo la enfermedad le dio el apoyo total y el respeto incondicional. Un buen día se encontró así mismo dentro de una vorágine, un ir y venir de un sitio a otro; de una persona a otra y se infectó. Se documentó, fue autodidacta. La atención médica inicial fue para Alex una experiencia agradable, tanto la notificación como la información sobre la enfermedad fueron otorgadas de manera personal, confidencial y respetuosa. El manejo de caso fue excelente, excepto que, con el cambio de médico tratante llegó el caos. Decidió cambiar de ámbito de atención y se encuentra satisfecho. Esta seguro, se siente bien, encontró pareja y vive como él siempre ha sido alegre, inteligente y confiado.

## RESULTADOS

### Práctica sexual protegida, uso del condón en la práctica sexual de carácter coital

ENTREVISTA	NOM-010-SSA2-1993	ASPECTOS BIOÉTICOS
<p>1. <b>LADR</b> ... “Yo le dije que sólo estaba bien pedito, no usamos condón [...] yo si me vine y creo que el señor también.”</p> <p>2. <b>FOM</b> ... “Yo lo quería y confiaba en él.”</p> <p>3. <b>RAHE</b> ... “intercambiando roles de vez en vez y así duramos 6 años, sin usar condón, nunca lo usamos, no había porque.”</p> <p>4. <b>APP</b> ... “Yo no, nunca use condón en ningún tipo de práctica.”</p>	<p>Generalidades</p> <p>3. Definiciones y abreviaturas sobre prácticas sexuales.</p> <p>Hombres y mujeres que tienen vida sexual activa y que, independientemente de su preferencia sexual, realizan prácticas sexuales sin protección.</p> <p>3.1.7. Práctica sexual protegida. 3.1.9. Práctica sexual de riesgo.</p> <p>Todos deben ser considerados como potencialmente infectados e infectantes por y para el VIH.</p>	<p><b>Propósito: Dar voz al paciente</b></p> <p><b>Realidad</b> Educación para la Salud de pobre impacto. Dotación irregular de condones. La participación de la persona en situaciones estables y ocasionales que se repiten van desarrollando en ella una experiencia que aplica a la satisfacción de sus necesidades sexuales. La información y la incorporación de significaciones nuevas (valores y conocimientos) a esta experiencia de vida, hacen la diferencia. Aquel que se olvida de mencionar al cuerpo como medio de comunicar amor y como fuente de placer, olvida a la persona.</p> <p><b>Propuesta</b> Acciones de Educación para la Salud que motiven a la persona para que cambie la práctica y/o el hábito de riesgo protector a la salud. Dotación constante de condones y promoción de su uso consistente y correcto en cualquier relación coital.</p>

Fuente: entrevistas a profundidad, NOM-010-SSA2-1993, Guía interinstitucional para la atención de pacientes seropositivos VIH/SIDA

## Práctica sexual segura, premisa indispensable de la práctica sexual de carácter coital

ENTREVISTA	NOM-010-SSA2-1993	ASPECTOS BIOÉTICOS
<p><b>1. LADR</b> ...“mi amigo me abraza.”</p> <p><b>2. FOM</b> ... “No, solo sexo, siempre.”</p> <p><b>3. RAHE</b> ...“me abrazó y lo abraza, me beso la frente, la nariz, las mejillas, las manos, me apretó fuerte con suavidad y ternura.”</p> <p><b>4. APP</b> ...“ todo ocurría en mi mundo, me bastaba con verle, oírle, sentirle cerca.”</p>	<p>3.1.8. Práctica sexual segura</p> <p>Es aquella práctica sexual en la cual no existe penetración ni traspaso de secreciones sexuales o de sangre.</p> <p>Realizar prácticas sexuales seguras y protegidas (usar condón de látex o de poliuretano).</p> <p>Todos los individuos deben ser considerados como potencialmente infectantes por el VIH.</p>	<p><b>Sexualidad</b> Encarnados en un cuerpo sexuado, estructurados mentalmente e interactuantes en sociedad, los humanos expresan su sexualidad .</p> <p><b>Realidad</b> La interminable búsqueda del otro, en ese intento de colmar el deseo y la necesidad de amar y ser amado. El deseo por el otro, sin distinción del sexo, pero sí impuesto socialmente.</p> <p><b>Propuesta</b> Fomentar la práctica sexual segura respetando la diversidad. Impulsar un enfoque que valore la corporalidad, pero también los sentimientos y las emociones que se entrecruzan en la convivencia humana. Validar el respeto por la diversidad. Autodeterminación y compromiso. Redefinir en la educación sexual tradicional, los contenidos se han tomado fundamentalmente de los datos de la ciencia y no de la ética y la moral. El peligro no es la sexualidad expresada con el cuerpo, el peligro es la transmisión del virus en ciertas prácticas de riesgo.</p>

Fuente: entrevistas a profundidad, NOM-010-SSA2-1993, Guía interinstitucional para la atención de pacientes seropositivos VIH/SIDA

## Aspecto técnico, apoyo del diagnóstico clínico con pruebas de laboratorio y notificación

ENTREVISTA	NOM-010-SSA2-1993	ASPECTOS BIOÉTICOS
<p><b>1. LADR</b> ... “¿Oye güey no tendrás SIDA? ve al seguro y diles [...] me hicieron 2 pruebas de Elisa y 1 de Western blot.”</p> <p><b>2. FOM</b> ... “Un día me enviaron al CLIDA y de allí al INDRE, luego me llamaron y ¡zaz, seropositivo!”</p> <p><b>3. RAHE</b> ... “haste las pruebas para VIH [...] seropositivo 2 Elisis y un Western blot.”</p> <p><b>4. APP</b> ... “Me hice los estudios en el INDRE, pues sí, eres seropositivo.”</p>	<p>3.1.11. Pruebas de tamizaje</p> <p>3.1.12. Pruebas específicas</p> <p>3.1.13. Pruebas suplementarias</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radioinmuno precipitación</li> <li>• CD4</li> <li>• Carga viral</li> </ul> <p>6.7.1. Notificación oficial de caso</p> <p>6.7.3. Notificación individual de caso</p>	<p><b>Realidad</b></p> <p>Manejo de la información</p> <p>Se cumple con exactitud con las disposiciones de la NOM-010-SSA2-1993 en lo técnico y en cuanto al proceso administrativo.</p> <p>No así en cuanto a la notificación al paciente.</p> <p>En el establecimiento del diagnóstico además de los criterios clínico y epidemiológico ha de reunir el criterio de laboratorio y gabinete 2 Elisa y 1 Western blot.</p> <p>El elemento bioético vulnerado en bioética, ocurre en la notificación al paciente y en la salvaguarda de la confidencialidad con respeto al manejo administrativo del expediente clínico.</p> <p><b>Propuesta</b></p> <p>Cumplir el ordenamiento normativo en el 100% de los pacientes en cuanto a tipo y número de estudios. Comunicación de resultados al paciente y manejo del expediente clínico.</p> <p>Cumplir con el criterio de calidad total.</p>

Fuente: entrevistas a profundidad, NOM-010-SSA2-1993, Guía interinstitucional para la atención de pacientes seropositivos VIH/SIDA

## Proceso de la atención –acto médico– integral, educación para la salud y acciones médico preventivas I

ENTREVISTA	NOM-010-SSA2-1993	ASPECTOS BIOÉTICOS
<p><b>1. LADR</b> ...“no te preocupes esta enfermedad no se cura pero sí se controla. [...] el doctor me dijo que había que hacer un chequeo especial [...] me trajo de aquí par allá, no me habló de la enfermedad [...] le preguntaba [...] pero no me contestaba lo que quería saber [...] me dijo que me dedicara a comer, a descansar, a ser muy limpio, que de lo otro mejor me olvidara [...] no me escuchaba y poco me miraba, solo me decía lo que tenía que saber y que hacer.”</p> <p><b>2. FOM</b> ...“en mi clínica no me hicieron el estudio epidemiológico, aquí me lo hicieron y con el pase me enviaron al Tacuba [...] el doctor me explico con calma sobre mi enfermedad, sobre lo que él iba a hacer y sobre lo que yo tenía que hacer para controlarla [...] también me recomendó que buscara un grupo para que me diera cuenta de cómo le estaban haciendo otros pacientes.”</p>	<p>5.2. Medidas de prevención Educación para la Salud Promoción de la Salud Participación Social</p> <p>5.3.1. Informar a la población sobre magnitud y trascendencia de la infección por VIH.</p> <p>5.3.2. Orientar a la población sobre medidas preventivas.</p> <p>5.3.3. Instruir a la población sobre medidas preventivas, especialmente a los adolescentes.</p> <p>5.3.4. Alentar la demanda oportuna de atención médica para VIH/SIDA.</p> <p>5.3.5. Dar a conocer a la población las formas de prevención.</p> <p>5.3.7. Promover la búsqueda de la atención médica.</p> <p>5.4.1. Sensibilizar a la población general para el desarrollo de acciones preventivas y de control (Maestro, Padres de familia, Personal de Salud)</p> <p>5.5.1. Desarrollar modelos educativos que respondan a los intereses de la población.</p>	<p><b>Realidad</b> En la atención del paciente, el aspecto técnico de la atención médica tiene la preferencia, dejando de lado la educación para la salud y las medidas preventivas. El tiempo para consulta es breve, La Educación para la Salud dentro del –acto médico– no se otorga con regularidad. La Educación para la Salud en sala o en grupos formales es escasa y sin continuidad. El enfoque médico–preventivo se orienta a enjuiciar la conducta sexual del paciente. No se oferta el servicio para la detección de caso.</p> <p><b>Propuesta</b> El ser humano en general y el paciente VIH/SIDA merecen ser atendidos bajo el criterio de calidad total, esto incluye el respeto a su dignidad de persona, tiene derecho a la información, orientación y capacitación sobre su condición salud–enfermedad. Debe ser manejado por personal calificado y sensible. Abordar con orden y continuidad los puntos que la NOM-010-SSA2-1993 marca con respecto a la educación para la salud y las medidas médico–preventivas. Abordar los temas de Derechos humanos y Derechos sexuales. Abordar el Derecho a la diversidad con respeto, dignidad y responsabilidad.</p>

Fuente: entrevistas a profundidad, NOM-010-SSA2-1993, Guía interinstitucional para la atención de pacientes seropositivos VIH/SIDA

## Proceso de la atención –acto médico– integral, educación para la salud y acciones médico preventivas I

ENTREVISTA	NOM-010-SSA2-1993	ASPECTOS BIOÉTICOS
<p><b>3. RAHE</b>            ...“en la clínica Condesa me dieron la consulta, me hicieron los exámenes, me dieron la noticia y me invitaron al círculo de apoyo [...] yo no entiendo la vida sin amor, no espero aprobación ni permiso para amar [...] no hay posibilidad de diálogo con el médico [...] yo me informo y capacito en la clínica Condesa sobre higiene, alimentación, ejercicio. La consulta es muy rápida, superficial e impersonal [...] llego me interrogan, me exploran, elaboran la receta y otra orden, y me despiden.”</p> <p><b>4. APP</b>            ...“el médico familiar me dio la consulta, me envió a medicina preventiva, me enviaron al INDRE, me hice los estudios, me hicieron el estudio de caso y me notificaron los resultados de manera clara y amable. Entre al grupo de apoyo y me informe de todo sobre la enfermedad y su manejo. Aprendí mucho sobre la práctica de medidas preventivas, las redes de apoyo y los estudios que actualizo cada seis meses. [...] en el hospital me recibieron bien [...] explicándome con claridad todo lo que procedía, me dieron platicas simples en grupo [...] lo único que les falla es la capacitación formal.</p>		<p>Tener en cuenta que el cuerpo no pasa de ser una fuente de placer a ser una fuente de riesgo de muerte [...] el peligro no es la sexualidad per se, el peligro es un virus que se transmite en ciertas prácticas de riesgo. Además de la calidad técnica de la atención médica deben abordarse los aspectos personales y particulares de cada paciente con absoluto respeto, la calidad debe de ser total. Es básico invitar al paciente a reflexionar sobre su muy personal práctica sexual y a introducir los cambios que le permitan mejorar y mantener su estado de salud.</p>

Fuente: entrevistas a profundidad, NOM-010-SSA2-1993, Guía interinstitucional para la atención de pacientes seropositivos VIH/SIDA

## Proceso de la atención –acto médico– integral, educación para la salud y acciones médico preventivas II

ENTREVISTA	NOM-010-SSA2-1993	ASPECTOS BIOÉTICOS
<p><b>1. LARD</b> ...“sin más criticándome ¿qué sabe esa psicóloga de mi vida?, sí nunca la había visto y dijo que porque soy como soy [...] me dio 3 medicamentos y me dijo como, cuando y porque tomarlos, que me dedicara a comer, a descansar, a dormir, a ser muy limpio.”</p> <p><b>2. FOM</b> ...“3 cosas básicas: primero quererme, respetarme y aceptarme con mi nueva condición, segundo; comer bien, dormir bien, ser muy cuidadoso con mi higiene y mi salud, haciéndome responsable de mi mismo, respetando a los demás, utilizando condón [...] y práctica sexual segura y tercero; tomar los medicamentos, me explico como tomarlas.”</p> <p><b>3. RAHE</b> ...“me explicaron y convencieron de ingresar a tratamiento [...] hay cursos sobre la enfermedad y sobre como vivir con ella [...] sobre uso de los medicamentos y los nuevos esquemas [...] para atender al paciente VIH/SIDA solo hay un médico.”</p> <p><b>4. APP</b> ... y los temas de la clínica de la enfermedad, los métodos diagnósticos y el uso de antirretrovirales, la práctica de medidas preventivas [...] cambio de médico [...] cambio de trato y manejo [...] eso fue un desastre.”</p>	<p>5.4.1. Sensibilizar a la población general para el desarrollo de acciones preventivas y de control (Maestro, Padres de familia, Personal de Salud)</p> <p>5.5.1 Desarrollar modelos educativos que respondan a los intereses de la población.</p> <p>5.5.3 Capacitar al personal de salud, lograr modificación de la conducta y otorgar una atención adecuada.</p> <p>5.5.6 Promover el uso consistente y correcto de condones.</p> <p>5.5.7 Recomendar a la población de riesgo que evite la donación de sangre, órganos y tejidos.</p> <p>5.6.3 No compartir objetos de uso personal potencialmente contaminados.</p>	<p><b>Realidad</b> Queda claro que las actividades extramuros no son abordadas en la práctica diaria de la Unidad Médica, pues las acciones se desarrollan ocasionalmente con la población usuaria que acude a la Unidad Médica, no se va a escenarios escolares, en general en pocas ocasiones se toca el tema VIH/SIDA en las sesiones médicas. El modelo educativo se centra en el aspecto técnico médico que da respuesta a instrucciones institucionales, sin respetar el derecho a la diferencia y a la dignidad de la persona humana y no responde a los intereses de la población. El énfasis técnico invalida el aspecto humano, dando la impresión de que el problema es la expresión de la sexualidad y no el virus que se transmite en ciertas prácticas de riesgo. Destaca que en el punto 5.5.3 es urgente la intervención de la Bioética mediante la recomendación justificada y sustentada para impulsar a que se cuente con personal capacitado y sensible capaz de otorgar la atención que el derechohabiente requiere. Sobre el puntos 5.9.1 cabe señalar que si bien no fue detectado en las entrevistas, si es un punto básico que debe trabajarse con el enfermo VIH/SIDA.</p>

Fuente: entrevistas a profundidad, NOM-010-SSA2-1993, Guía interinstitucional para la atención de pacientes seropositivos VIH/SIDA

## Proceso de la atención –acto médico– integral, educación para la salud y acciones médico preventivas II

ENTREVISTA	NOM-010-SSA2-1993	ASPECTOS BIOÉTICOS
		<p><b>Propuesta</b>  Establecer la recomendación Bioética sobre el derecho que tiene el paciente a recibir una atención médica integral bajo el criterio de calidad total.  Recomendación que motive y genere la instrumentación de acciones e insumos que permitan dar cumplimiento a lo señalado por la NOM-010-SSA2-1993 en los puntos correspondientes a los apartados; (5) medidas de prevención y (6) medidas de control.</p>

Fuente: entrevistas a profundidad, NOM-010-SSA2-1993, Guía interinstitucional para la atención de pacientes seropositivos VIH/SIDA

## Proceso de la atención –acto médico– integral, educación para la salud y acciones médico preventivas III

ENTREVISTA	NOM-010-SSA2-1993	ASPECTOS BIOÉTICOS
<p><b>1. LADR</b> ...“Cuando le pedí condones me dijo –¿pues que no has aprendido nada?–, ¡olvídate de eso ya!... aún con el condón te puedes volver a infectar.”</p> <p><b>2. FOM</b> ...“haciéndome responsable de mi salud, utilizando condón en toda relación sexual y haciendo otro juego sexual que me satisficiera”</p> <p><b>3. RAHE</b> ...“en cuanto a los condones, yo no los necesito, ¡para qué!”</p> <p><b>4. APP</b> ...“nunca recibí información – no la necesito, sabía cuidarme– Nunca los use.”</p>	<p>De manera específica, la prevención se debe llevar a cabo mediante la capacitación y el apoyo de los establecimientos que prestan servicios de salud dirigiéndola a los grupos vulnerables.</p> <p>5.5.6. Promover el uso constante y correcto de condones.</p> <p>5.6.8. Promover el no automedicarse.</p> <p>5.6.10 Fomentar la salud: dieta adecuada, reposo, ejercicio, apoyo psicológico.</p> <p>5.6.12 Conocer los servicios y alternativas de la localidad que ofrecen apoyo a personas con VIH/SIDA.</p> <p>5.8.4.5 Conocer el esquema de drogas antirretrovirales de uso personal (acciones, reacciones indeseables, dosis)</p> <p>5.9.1 Excluir (se) como donante de sangre, órganos, tejidos y sus componentes.</p>	<p><b>Realidad</b> La relación sexual debe ser complementada con la experiencia vital de los participantes en una relación de pareja. En todo evento educativo y de diagnóstico habrá que pensar en: Los rasgos afectivos, Los elementos cognitivos, Las decisiones que se toman, con el propósito de que las personas se alejen de las prácticas de riesgo. Equidad en el acceso a los medios para la detección y el diagnóstico. Informar a la población sobre los mecanismos y requisitos para acceder a los servicios de salud y a las instituciones gubernamentales o no gubernamentales a su disposición. Así, garantizar la prevención y la atención médica bajo el criterio de calidad total.</p> <p><b>Propuesta</b> Otorgar una efectiva Educación para la Salud, sobre la práctica de medidas y acciones preventivas, y una dotación constante de condones.</p>

Fuente: entrevistas a profundidad, NOM-010-SSA2-1993, Guía interinstitucional para la atención de pacientes seropositivos VIH/SIDA

## Medidas de control, detección, diagnóstico, tratamiento y administración

ENTREVISTA	NOM-010-SSA2-1993	ASPECTOS BIOÉTICOS
<p><b>1. LADR</b> ...“Oye güey, ¿no tendrás SIDA? Empecé a enfermarme de la garganta y del estomago, así nomás de nada, iba al doctor y me curaba. Me hicieron 2 pruebas de Elisa y 1 de Western blot.”</p> <p><b>2. FOM</b> ...“un día me enviaron al CLIDA y allí me dijeron que con esa orden me presentará en el INDRE, luego me llamaron y ¡zaz, seropositivo! Valla con su médico a su Unidad y entréguele esto. Fui a mi clínica, me dieron un pase para el Hospital Tacuba... me interrogó, me reviso, me explico y entendí.”</p> <p><b>3. RAHE</b> ...“empecé con infecciones simples pero muy repetidas, me valoró clínicamente y me dijo –tienes una infección por molusco contagioso y tienes factores de riesgo, por favor hasta las pruebas para el VIH– [...] 2 Elisis y un Western blot [...] seropositivo.”</p> <p><b>4. APP</b> ...“empecé a cansarme mucho, yo pensé que era por los dos trabajos y las fiestas, me hice los estudios en el INDRE cuando me enviaste, los recogiste y me dijiste, pues si Alex, si eres seropositivo.”</p>	<p>El control del paciente con VIH comprende:</p> <p>6.1.1. Detección y diagnóstico Se debe considerar infectada por el VIH o seropositividad, aquella que presente dos resultados de prueba de tamizaje de anticuerpos positivos (ELISA) y prueba suplementaria positiva (Western blot) incluyendo pacientes asintomáticos que nieguen factor de riesgo. 6.3.3., 6.3.4., 6.3.5., 6.3.6. Toda detección de VIH/SIDA: Se debe considerar como cualquier otro recurso auxiliar para el diagnóstico. No se debe utilizar para fines ajenos a los de la protección a la salud. Se debe regir por los criterios de consentimiento informado y confidencialidad. Ninguna autoridad puede exigir pruebas o resultados sin orden judicial. Todo diagnóstico de VIH/SIDA Requiere de cubrir los criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínico, antecedentes de exposición y satisfacer los criterios VIH/SIDA</li> <li>• Laboratorio y gabinete</li> <li>• Epidemiológico</li> <li>• Humano</li> </ul> <p>6.2. Atención y tratamiento 6.12. El tratamiento debe ser realizado por médicos titulados capacitados y bajo ninguna condición monovalente o interrumpido.</p>	<p><b>Realidad</b> El VIH compite por presupuesto con un gran número de enfermedades. Generalmente el costo/beneficio obedece a criterios de magnitud y vulnerabilidad, más que a trascendencia. El bien se identifica con lo útil, cuando que el bien ha de identificarse con la dignidad de la persona humana. Se busca lograr la mayor felicidad al mayor número de personas. El propósito ha de ser buscar el respeto por la salud, la vida y la dignidad de la persona humana, y nunca para limitar su libertad y posibilidades de desarrollo.</p> <p><b>Propuesta</b> Entender y aceptar que el VIH/SIDA es simplemente una enfermedad más y actuar en consecuencia. El personal sanitario tanto directivo como operativo debe incluir en el diseño del Programa Operativo Anual de la Unidad Médica un subprograma relativo a la atención del paciente VIH/SIDA tomando en cuenta elementos y recomendaciones de la Bioética.</p>

Fuente: entrevistas a profundidad, NOM-010-SSA2-1993, Guía interinstitucional para la atención de pacientes seropositivos VIH/SIDA

## Notificación oficial, notificación individual y seguimiento

ENTREVISTA	NOM-010-SSA2-1993	ASPECTOS BIOÉTICOS
<p><b>1. LADR</b> ...“Una psicóloga me dijo –pasa siéntate, te tengo una mala noticia, ya ves por andar de eso saliste positivo, ahora tienes que sacar cita con tu médico [...] ésta enfermedad no se cura pero si se controla– [...] y un estudio especial que eran muchas preguntas: de mí, de mi vida, de mis “amistades”, de mis actitudes, de todo... me cita cada mes, me revisa y me pregunta como voy con el medicamento”</p> <p><b>2. FOM</b> ...“me enviaron al CLIDA y allí me dijeron que con esa orden me presentara en el INDRE, luego me llamaron y ¡zaz, seropositivo! [...] el estudio epidemiológico [...] me lo hizo usted recuerda? [...] me mandan al INER, voy, hacen el estudio y me citan en 15 días [...] el resultado se lo llevo al Dr., me da mi medicamento y hasta la próxima”</p> <p><b>3. RAHE</b> ...“en la clínica Condesa me hicieron los exámenes y me dieron la noticia de la mejor manera; una psicóloga, en un cubículo cerrado y de manera respetuosa e inteligente [...] mediante la notificación de caso de pacientes seropositivos VIH/SIDA [...] acudo a uno u otro lugar para control.”</p> <p><b>4. APP</b> ...“después del estudio de caso que me hiciste [...] de manera clara y muy amablemente me dijiste. Pues sí [...] te checan periódicamente de todo están pendientes del riesgo de tuberculosis [...] te envían a laboratorio [...] y cada semestre al INDRE [...] para control.</p>	<p>6.1.3. Notificación, estudio epidemiológico y seguimiento de caso.</p> <p>6.7.</p> <p>El SIDA es una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica y es obligatoria su notificación inmediata a la autoridad sanitaria [...] al paciente.</p> <p>7.1., 6.7.3.</p> <p>La notificación tiene como obligación proteger al afectado contra daños a su honorabilidad y dignidad.</p> <p>6.11.1.</p> <p>Cuando el paciente sea mayor de edad se obtendrá y otorgará información directamente de él [...] menores de edad [...] del representante legal.</p> <p>6.11.4.</p> <p>El seguimiento de contactos sólo se debe realizar si hay libre consentimiento del paciente.</p> <p>6.11.5.1.</p> <p>Apoyar al paciente para que el mismo informe a sus contactos.</p> <p>6.12.3.</p> <p>Las instituciones del Sector Salud deben ofrecer el servicio de consejería y apoyo emocional a toda persona a quien entregue un resultado VIH positivo.</p>	<p><b>Realidad</b> No se entiende, no se acepta que el paciente VIH/SIDA debe compartir el conocimiento de que él es el dueño de la información consignada en su expediente. Digno es el hombre, solo por ser un ser humano y es un fin, no un medio. Su dignidad procede de la capacidad de dirigirse así misma, autodeterminándose, por tanto la información que proporcione es una extensión de su ser, por ello el respeto y la confiabilidad deben de salvaguardarse. Con frecuencia se hacen determinaciones valorativas de las conductas, juicios morales y condena, y aparecen discriminación y homofobia.</p> <p><b>Propuesta</b> El propósito ha de ser el de proporcionar información para la acción, en este caso, control y vigilancia de caso VIH/SIDA, así mismo, producir el proceso de autocritica y reflexión; para favorecer el ejercicio de la autonomía, la autodeterminación, la responsabilidad, la comunicación y la expresión de los afectos. Y muy particularmente reforzar el concepto de dignidad humana. Actitud que si produce la postura liberadora y participativa del paciente.</p>

Fuente: entrevistas a profundidad, NOM-010-SSA2-1993, Guía interinstitucional para la atención de pacientes seropositivos VIH/SIDA

## Tratamiento y manejo del VIH/SIDA

ENTREVISTA	NOM-010-SSA2-1993	ASPECTOS BIOÉTICOS
<p><b>1. LADR</b> ...“había que hacer un chequeo general antes de iniciar el tratamiento [...] como a los 2 meses me dio 3 medicamentos, me dijo cuando, cómo y porque tenía que tomarlos; que podía pasarme al tomarlos y que por ningún motivo dejara de tomarlos. No me contestaba lo que yo quería saber [...] me trajo de aquí pa allá y bueno en ese tiempo como que me sentí peor [...] el Dr., era como que muy serio, no era grosero, pero no me escuchaba y poco me miraba.”</p> <p><b>2. FOM</b> ...“fui a mi clínica, me dieron un pase para el Tacuba [...] el Dr., me interrogó, me reviso, me explicó y entendí [...] que no se cura pero que podía vivir, me dio mi medicina [...] luego ni buena atención y con frecuencia ni medicamentos.”</p> <p><b>3. RAHE</b> ...“me explicaron y me convencieron de ingresar a tratamiento, me dieron de inicio el medicamento, tres distintos, me explicaron las acciones esperadas y las posibles reacciones, las dosis y periodicidad [...] me tratan muy bien, con respeto y amabilidad.”</p> <p><b>4. APP</b> ...“vine a consulta, mi médico familiar me envió a Medicina Preventiva, contigo. Me hice los estudios en el INDRE [...] en el Tacuba también me atendieron muy bien, me recibieron bien y me ingresaron a tratamiento, con tres medicamentos, explicando todo con claridad.”</p>	<p>6.1.2 Atención y tratamiento Para decidir el inicio del tratamiento antirretroviral, el elemento más importante a considerar es el estadio clínico en que se encuentre la infección por VIH, que puede ser medido a través de los linfocitos CD4, la presencia de una condición definitoria de SIDA y la Carga Viral. 6.13.1. El uso de combinaciones potentes intenta suprimir la replicación del VIH. Todos los fármacos deben administrarse en horarios y dosis óptimas. 6.5., 6.12.1., 6.12.2.</p> <p>Todas las instituciones y establecimientos de salud deben prestar atención médica a pacientes con VIH/SIDA, de manera responsable, digna y respetuosa, cuando así lo requiera la condición clínica del paciente y la institución o establecimiento cuente con los recursos para brindarla... deben referir a los pacientes cuando así lo requiera su condición clínica o no cuenten con los recursos para brindarla.</p>	<p><b>Realidad</b> El sistema de salud tiene el derecho-obligación de reconocer la dignidad del paciente y requiere dar respuesta instrumentando y fomentando la logística al otorgar el servicio de atención médica de la salud-enfermedad a todo paciente que demande dicha atención médica.</p> <p><b>Propuesta</b> Fomentar el cumplimiento de la normatividad. Para ello habrá de incluir los conceptos de la Bioética al diseñar y redefinir sus acciones en salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toda acción en salud-enfermedad ha de tomar como fundamentación la dignidad de la persona.</li> <li>• Todo acto médico ha de realizarse bajo el modelo deliberativo de la relación médico paciente.</li> <li>• Los aún llamados principios bioéticos –beneficencia, autonomía, no maleficencia y justicia– deben estar presentes y actuantes.</li> <li>• El consentimiento informado ha de ser premisa indispensable para toda acción en salud-enfermedad.</li> <li>• El manejo de la verdad y el secreto profesional debe ser con actitud profesional, respetuosa y ser la guía para el personal de salud en su práctica.</li> </ul>

Fuente: entrevistas a profundidad, NOM-010-SSA2-1993, Guía interinstitucional para la atención de pacientes seropositivos VIH/SIDA

## Aspectos administrativos en el manejo de caso del paciente VIH/SIDA

ENTREVISTA	NOM-010-SSA2-1993	ASPECTOS BIOÉTICOS
<p><b>1. LADR</b></p> <p>...“ya ves por andar de eso [...] Criticándome: ¿qué sabe esa psicóloga de mi vida? [...] me trajo de aquí pa allá y pa allá [...] me senti peor”</p> <p>[...]el Dr., era como que muy serio, no era grosero, pero no me escuchaba y poco me miraba”</p> <p><b>2. FOM</b></p> <p>...“ni buena atención y con frecuencia ni medicinas [...] hacer escritos y presentarnos en San Fernando [...] sentados en el pasillo horas para que nos atiendan, todos nos ven y escuchan [...] me da pena [...] no, solo cuando lo pido y las citas tardan mucho [...] en vigencia me dan largas y de lejecitos, en medicina interna [...] nada más busca pretextos para no atenderme [...] que yo tome en serio mi vida”</p> <p><b>3. RAHE</b></p> <p>...“me tratan bien, con respeto y amabilidad, oportunidad y apertura [...]no muy bien [...] con frecuencia no alcanzo consulta [...] le dije al odontólogo que era seropositivo [...] no dijo nada pero cambió su actitud”</p> <p><b>4. APP</b></p> <p>...“cambio de médico; cambio de trato y manejo [...] técnico-médico, clínico, administrativo y humano [...] estábamos en el pasillo y todo mundo se enteraba de que éramos seropositivos [...] aquí [...] son atentos y respetuosos”</p>	<p>Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA.</p> <p>6.8. Respeto a la dignidad del paciente.</p> <p>6.9. Derecho a la igualdad en el acceso y el trato.</p> <p>Confidencialidad, privacidad y no discriminación.</p> <p>6.10. Una actitud de respeto y de confidencialidad del manejo de caso debe promoverse entre el personal que labora en la institución de salud y realiza la investigación de fuentes.</p> <p>6.11.2. No se debe mencionar el diagnóstico de VIH/SIDA, bajo circunstancia alguna, a otra persona que no sea el paciente.</p> <p>6.16.2. Establecer las medidas necesarias para asegurar que el manejo de expedientes clínicos y trámites administrativos de los pacientes con VIH/SIDA garanticen la confidencialidad de éstos.</p>	<p><b>Realidad</b></p> <p>Con respecto a la dignidad, la igualdad, la actitud y la confidencialidad, los documentos legales jurídicos, normativos y programáticos definen, impulsan y garantizan las acciones de prevención y atención médica de los habitantes de México. Elementos que no se manejan adecuadamente.</p> <p>La desigualdad jurídica, regional y cultural no pueden sino deformar y hasta pervertir la bondad de las reglas de la democracia representativa.</p> <p>Oficialmente no tenemos discriminación ideológica, política, religiosa, social, cultural, económica o sexual. Excepto que en la vida diaria y en la práctica médica, es un evento constante, presente y actuante.</p> <p><b>Propuesta</b></p> <p>Mediante la supervisión asegurar la puesta en práctica de acciones que respetan la dignidad del paciente, la igualdad de oportunidades, la confidencialidad de la información y mejore tanto el proceso administrativo como la actitud del personal de salud.</p>

Fuente: entrevistas a profundidad, NOM-010-SSA2-1993, Guía interinstitucional para la atención de pacientes seropositivos VIH/SIDA

## **Interpretación y evaluación de la información**

### Estigmatización y discriminación

En el caso de la atención médica se señala al paciente que su situación VIH/SIDA obedece a su condición de homosexual, idea que el propio paciente ha interpretado, lo constata por el trato impersonal que recibe, al no obtener respuesta a las preguntas que le inquietan y al ser visto como un caso más de la enfermedad VIH/SIDA. Con frecuencia recibe ordenes que debe obedecer, sin serle estas claras y explicadas, haciéndole sentir que es necio e ignorante.

### Confidencialidad transgredida

Dado que el manejo del expediente clínico no se realiza con el cuidado y la discreción que se requiere, permite que personal no autorizado y competente tenga acceso a la información registrada en el, permitiendo esto fuga y posiblemente mal uso de la información.

### Negación de la atención

Cuando acude a solicitar consulta encuentra que la demanda supera a la oferta, dado que solo existe a nivel de hospital un médico para atender a todos los pacientes VIH/SIDA, y cuando es referido a valoración al especialista el trámite es complicado y los requisitos son difíciles de cumplir por el paciente con el propósito de lograr consulta.

### Escases de insumos

Con frecuencia enfrenta que los estudios especiales son diferidos, a menudo a largo plazo dado que no se cuenta con reactivos o bien deben ser canalizados al INDRE o al INER, lugares en donde se atiende a una enorme cantidad de pacientes VIH/SIDA procedentes del ISSSTE y la SSA.

### Dotación irregular de condones

Este insumo se otorga según existencia condicionada esta por su utilización en el Programa de Planificación Familiar particularmente en el grupo de adolescentes.

### Dotación insuficiente de medicamentos

En varias ocasiones los pacientes han tenido que solicitarlos en grupo por escrito y haciendo presencia física ante las autoridades administrativas a varios niveles.

#### Pobre difusión, penetración y aplicación de la normatividad

Si bien es cierto que existe y esta vigente una normatividad clara, congruente y apropiada a niveles internacional, nacional e institucional para enfrentar todo el proceso de la atención integral bajo el criterio de calidad total del paciente VIH/SIDA, en la operación no se encuentra adecuadamente instrumentada, no se cuenta con un subprograma local en práctica y específico para atender al paciente homosexual que cursa con VIH/SIDA. Pues el paciente manifiesta que se coarta su libertad y se limita su oportunidad de desarrollo. Señala que el espacio físico en donde se otorga la atención es inadecuado, poco seguro y nada discreto. La realización del estudio epidemiológico de caso no siempre es inicial, con frecuencia ya ha recorrido camino y dado pasos posteriores en el proceso de la atención antes de que se le realice dicho estudio –por cierto este es un espacio técnico administrativo que se realiza a todo lo largo del proceso, dado que permite conocer al paciente, informarle e instruirle como persona; que inicia con el individuo en el cual se sospecha la enfermedad, pasa a ser una probabilidad y puede terminar como un individuo en el cual se confirma o descarta el VIH/SIDA–.

También manifiesta que no se le aclara que se requiere de una valoración clínica para confirmar su estado de salud–enfermedad (signos y síntomas), una valoración por laboratorio y gabinete consistente en una batería de exámenes generales, dos pruebas de Elisa y de Western blot positivas; así mismo, una serie de estudios complementarios como son CD4, Carga Viral, Cultivo Viral, etc. Finalmente que también se requiere de una valoración epidemiológica dentro de la cual se investiga sobre sus contactos sexuales de carácter coital. Todo esto bajo el criterio del consentimiento informado.

Finalmente que no se le precisa que el tratamiento es personalizado, que solo retrasa la velocidad de replicación viral, que los medicamentos per se son inmunosupresores que una vez instalado no debe ser interrumpido, que bajo ningún pretexto puede ser a base de un solo medicamento y que tiene que acudir inmediatamente a informar en caso de presentar intolerancia a algún medicamento prescrito.

#### Notificación inapropiada

El paciente tiene derecho a que un profesional calificado le notifique con claridad, respeto, privacidad y salvaguarda de la información, el resultado de la valoración clínica, de laboratorio y gabinete, y epidemiológica; sin juzgar ni calificar su conducta ni sentenciar sobre su vida.

#### Educación para la salud con enfoque inadecuado

Aún y cuando en la normatividad se puntualiza que las actividades de Educación para la Salud deben de desarrollarse en distintos ámbitos, a todo grupo de personas, con calidez y respeto a la dignidad de la persona; estas acciones no se realizan a todo nivel, se centran en el aspecto técnico médico y su enfoque es sobre la expresión de la sexualidad del individuo y no de la transmisión del virus en ciertas prácticas de riesgo –ei el uso apropiado del condón–.

#### Estudio de contactos inconstante

Esta es una actividad que no siempre se realiza y que a la vez, no cumple con lo señalado en la normatividad. Como se ha mencionado anteriormente, se requiere de que a todo paciente se le realice de inicio y a lo largo de todo el proceso de atención el estudio epidemiológico de caso y se le solicite información bajo el concepto de conocimiento informado, sobre sus contactos sexuales con carácter coital, ofreciéndole apoyo psicológico para él y apoyo médico integral para sus contactos.

#### Frecuente barrera de acceso y accesibilidad a los servicios

La distancia geográfica existente entre la casa del paciente y la Unidad Médica o Institución a la que debe acudir, los horarios establecidos para la atención, los medios de transporte saturados y la vialidad excesiva generan barreras de acceso importantes. Los trámites administrativos, la documentación requerida y que debe presentar el paciente, la actividad poco amable el juicio, la ordenes sin sentido que recibe y el maltrato en general de que es objeto generan barreras de accesibilidad. Ambas barreras no permiten al paciente participar consiente, decidida y activamente con las actividades que al el le corresponden para lograr la solución apropiada a su problema de salud–enfermedad.

## Conclusiones

La persona humana es el eje central del personalismo; la razón, la libertad, la dignidad y la conciencia de sí mismo y de su entorno son las características que hacen del paciente homosexual que cursa con VIH/SIDA un fin en sí mismo, un ser humano digno de reconocimiento y respeto, su personalidad subsiste en la individualidad de un cuerpo y un espíritu con capacidad de reflexión que le permite autodeterminarse y le hace a la vez merecedor de una atención médica integral con calidad total como su dignidad de persona merece.

Ese valor interno e insustituible que le corresponde al hombre en su razón de ser, conocido como dignidad, lleva al paciente VIH/SIDA a reconocer y respetar la libertad y los derechos propios y del otro, actitud que se manifiesta en la forma de comportarse tanto en lo personal como en lo social, actitud relacionada directamente con los valores de autonomía y justicia, pues lo que el sujeto siente y piensa de sí mismo, lo que está dispuesto a aceptar de su propio comportamiento y del de los demás, le permitirá vivir en sociedad.

El Sistema Nacional de Salud tiene el derecho y la obligación de reconocer la dignidad del paciente aún y cuando la práctica médica está enmarcada dentro del Pragmatismo–utilitarismo, en donde la realidad nacional de la salud–enfermedad enfrenta fines económicos y políticos y que dictan; atender al mayor número de personas con el menor costo posible y con el mayor impacto epidemiológico.

El VIH/SIDA es una enfermedad de baja magnitud, coste alto y pobre vulnerabilidad lo que lleva a pensar que el resultado de la valoración costo–eficacia, calidad y expectativa de vida no le benefician, aunado esto a la realidad actuante de los servicios de salud que considera a la equidad y la justicia como valores secundarios, culmina en la discriminación del paciente VIH/SIDA, en la negación de la atención médica, en la inadecuada dotación de insumos de laboratorio y medicamentos, así como, en la formación de personal de salud suficiente, calificado y sensibilizado para la atención del paciente homosexual que cursa con VIH/SIDA. Esta realidad explica, pero no justifica la inadecuada atención que recibe este grupo de pacientes.

Aún y cuando la normatividad y las recomendaciones de corte internacional y nacional se ven descritas operacionalizadas en planes y programas para enfrentar el evento VIH/SIDA en los pacientes homosexuales, no se refleja apropiadamente en la operación real de los servicios de salud.

No obstante los avances científicos y tecnológicos hasta hoy conocidos, el síndrome y la enfermedad continúan fuera de control y el paciente homosexual que cursa con VIH/SIDA tiene pobres expectativas de una vida con calidad,

A pesar de los logros y avances de las Organizaciones Gubernamentales y las Organizaciones no Gubernamentales en materia de derechos humanos, respeto a la dignidad de la persona humana y respeto a la diversidad sexual, el paciente homosexual que cursa con VIH/SIDA sigue sufriendo los efectos de la estigmatización, la discriminación y la homofobia.

Aún y cuando el Estado hace esfuerzos por lograr una adecuada educación para a salud, el acceso y la accesibilidad a los servicios y a los insumos, el paciente homosexual que cursa con VIH/SIDA no recibe a entera satisfacción ni una autentica y respetuosa educación, ni los insumos, ni accede a los servicios de manera regular.

Finalmente el personal de salud que otorga los servicios carece de una sólida formación y de la sensibilidad que el manejo médico de un paciente homosexual con VIH/SIDA requiere.

## **Recomendaciones**

Instrumentar y operacionalizar el derecho a la protección de la salud es una acción básica que el Sistema Nacional de Salud debe realizar de manera objetiva para dar la respuesta adecuada que el VIH/SIDA exige. Una de las principales acciones es la Educación para la Salud, gran cantidad de personas no tienen acceso a contenidos educativos que pongan en su conocimiento la definición de caso de VIH/SIDA, los datos clínicos que lo caracterizan, la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad de esta enfermedad, los recursos diagnósticos, el manejo integral y el uso de antirretrovirales, las medidas higiénicas y dietéticas, las formas de prevención y el seguimiento de caso. La Educación para la Salud debe ser una actividad diaria desarrollada en todo escenario posible, llevado a cabo por profesionales capacitados y sensibilizados con el VIH/SIDA con el respeto a la dignidad de la persona con la responsabilidad y con la conciencia de que va a poner al alcance de las personas los elementos conceptuales y prácticos para que estos sabiendo lo que saben, sabiendo hacer lo que les corresponde, sean capaces de saber ser y convivir, y así estén en posibilidad de decidir alejarse del factor protector para la salud.

Otra acción básica es el promover la demanda de atención preventiva para todo aquel individuo que se encuentra en situación de riesgo –los adolescentes–. La demanda de atención diagnóstica para toda persona que tiene la sospecha o una alta posibilidad de ser seropositivo –hombres que tienen sexo con otros hombres, bisexuales y amas de casa– la demanda de atención curativa (control) para toda persona que cursa con VIH/SIDA. Atención con equidad e igualdad de oportunidades.

Otra acción básica es otorgar atención médica bajo el criterio de calidad total. En el –acto médico– ya sea una consulta para detección, para control o bien para manejo de complicaciones y/o emergencias debe ser realizado por personal de salud calificado, con capacidad y sensibilidad para atender a un paciente con VIH/SIDA.

Otra acción básica es poner al alcance de la población –instrumentar– los medicamentos antirretrovirales, las pruebas de laboratorio; Elisa, Western blot, conteo de CD4, relación CD4/C08 y Carga Viral. Insumos y material–equipo, indispensables para el control del VIH/SIDA y que deben ser suficientes en cantidad y adecuados en calidad.

La quinta y última acción que considero básica es el promover, facilitar y llevar a cabo es la capacitación continúa del personal de salud que atiende al paciente VIH/SIDA. Además de capacitarle técnicamente en todo lo concerniente con la enfermedad, es indispensable que se le capacite en el aspecto legislativo, en derechos humanos, en sexualidad, en derechos sexuales, en desarrollo humano, relativos todos estos aspectos con la atención del paciente seropositivo al VIH o que cursa con SIDA.

La sociedad, la familia, el personal de salud y el propio derechohabiente que convive con el VIH/SIDA deben tener claro que bajo ningún pretexto por muy “legitimado” que éste parezca, –tiene cabida– en la interacción y dinámica de relación que se establezca, sea esta de orden técnico o casual, las prácticas discriminatorias, la estigmatización, los atentados contra la dignidad humana, la violencia internalizada, la violencia simbólica y el acto homofóbico (sutil, “gracioso” aparente)

Una de las razones porque las personas no se acercan a la atención médica (detección) o no acuden a realizarse la prueba, o bien a consulta de control, es el miedo y la vergüenza, el temor a no poder guardar la confidencialidad –el secreto– en el manejo de su nueva condición. Al enterarse familiares, pareja, amigos y empleadores, piensa que (y con frecuencia aciertan) serán sujetos a estigmatización, discriminación, marginación, rechazo, abandono y maltrato. Y lo constatan con las actitudes y los comportamientos negativos que por parte del personal de Salud reciben. El reto está en poder ofertar servicios de salud que permitan que el paciente se sienta seguro y reciba la mejor atención técnica y exenta de prejuicios que se posible. El reto está también en informar y orientar ininterrumpidamente a la sociedad y a la familia para que entienda y acepte que el VIH/SIDA es una enfermedad más y que todo ser humano es digno y merece respeto, aceptación y apoyo.

En casi 80 países, las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo constituyen un delito y en 6 países se castiga con la pena de muerte. En México la muerte es eminentemente social y cuando es física es clandestina.<sup>110</sup>

El concepto de lo ético no ha de ser sólo un discurso debe ser un evento práctico. Los derechos humanos deben estar vigentes y ser actuantes. El médico debe ser sensible al dolor del paciente, sin seguir el modelo paternalista. El paciente debe ser honesto con el médico, sin

---

<sup>110</sup> [http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2010/AIDS\\_Day\\_20101130/es/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2010/AIDS_Day_20101130/es/index.html)

esconder información y ejerciendo su autonomía. La tecnología y los insumos deben ser los requeridos y ser instrumentados adecuadamente. La referencia y la contrarreferencia deben funcionar apropiadamente. El miedo, el sexismo, la discriminación y la homofobia deben desaparecer.

La Bioética ha de tender un puente entre la ética, las ciencias médicas, la administración de los servicios de salud y la operación de las Unidades Médicas. Por ello en cada Unidad Médica debe existir un comité de Bioética que intervenga en beneficio del paciente.

Aquí hay un enorme quehacer para la Bioética, ciencia eminentemente dialógica y cuyo alcance está enmarcado dentro del ámbito de la recomendación misma que debe estar sustentada en la reflexión y ser actuante dentro del marco operacional de los servicios médicos del Sector Salud del modelo Pragmático-utilitarista. Habrá que hacer entender a todo nivel que el VIH/SIDA es una enfermedad más y por tanto así habrá de ser manejada, que la persona humana toda, es digna sin importar condición alguna, que el paciente homosexual que cursa con VIH/SIDA merece respeto, actitud responsable, equidad en el trato e igualdad de oportunidades, que existe la diversidad y ha de ser respetada y aceptada, no tolerada, que los hombres que tienen sexo con otros hombres no son anormales, que el ser homosexual y vivir como tal no es antinatural, que el ser homosexual es solo una preferencia y que no son un peligro, este el peligro está en el virus que se transmite por una serie de prácticas de riesgo y principalmente el enemigo está en el miedo, la vergüenza y la ignorancia.

## Bibliografía

1. *Agenda de salud, compendio de leyes, reglamentos y otras disposiciones conexas sobre la materia*, ISEF, México, 2010.
2. ÁLVAREZ-GAYOU JURGENSON J L, *Como hacer investigación cualitativa, Fundamentos y Metodología*, Paidós reimpresión 2009, México.
3. BALCÁZAR N, PATRICIA y cols, *Investigación Cualitativa*, UAEM, México, 2007.
4. BERMEJO, J. CARLOS, *Qué es humanizar a la salud, por una asistencia sanitaria más humana*, San Pablo, Madrid España, 2005.
5. BONESANO, CÉSAR (BECARIA), *Tratado de los delitos y de las penas*, Porrúa 18ª edición, México, 2010.
6. BURIN, MABEL; MELER, IRENE , *Varones, Género y Subjetividad Masculina, “la masculinidad, Diversidad y similitudes entre los grupos humanos y construcción de la subjetividad masculina*, Argentina, Paidós “Psicología profunda”, 2004.
7. CAREAGA, P. GLORIA, FIGUEROA P. GUILLERMO, MEJÍA, P. CONSUELO, *Ética y salud reproductiva*, México, UNAM, 1998.
8. CASTANYER, OLGA Y COLS., *La víctima no es culpable, las estrategias de la violencia*, España, Desclée de Brouwer, 2009.
9. CASTAÑEDA, MARINA, *La experiencia homosexual*, México, Paidós, 2006.
10. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, 15ª, edición, Ed., CEIA, México, 2005.
11. COOK, REBECA, *El feminismo y los cuatro principios éticos*, Principles of Health Care Ethics, Raanan Guillon (ed.) John Wiley and Sons, 1994, (introducción Juan Guillermo Figueroa P)
12. CÓRDOBA, JOSÉ ÁNGEL y cols., *25 años de Sida en México; logros desacierto y retos*, SSA- INSP-CENSIA, México, 2008.
13. CORTÉS, G. G., *El acto médico como un acto humano moral*, México, Rev. CONAMED, Vol. II, Núm., 3, Julio–Sept–2005: 12–15.
14. DE LA MIRANDOLA, PICO, *de la Dignidad del Hombre*, Editora Nacional, España, 1984.
15. DE LA TORRE, ARESTI, LORE, *La Construcción Social de una Condena*, Aries al Instante, México, 2001.

16. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, ONU, 1948.
17. DOMÍNGUEZ, M. OCTAVIANO, *Bioética y Calidad de la Atención Médica*, D.E. Mexicana, México, 2008.
18. Estadísticas CENSIDA, DEGPI, SSA, México, 2008.
19. FAUCI, ANTHONY S; JEAN D. WILSON, *Principios de medicina interna Harrison*, Mc Graw Hill, Interamericana, 18ª edición, México, 2006.
20. FERIA, O., MARCELA, *Derechos del enfermo terminal*, Guía Institucional, (ISSSTE) para el manejo del Paciente con Infección por VIH/SIDA, México, 2002.
21. FERRER, J, JOSÉ, *Sida y Bioética, de la Autonomía a la Justicia*, España, Universidad Pontificia Comillaj, Madrid, 1997.
22. FOUCAULT, MICHEL, *Historia de la sexualidad, Volumen 1*, “La Voluntad del Saber”, México, Siglo XXI, 1977.
23. FOUCAULT, MICHEL, *Historia de la sexualidad, Volumen 2*, “El uso de los placeres”, México, Siglo XXI, 1977.
24. FOUCAULT, MICHEL, *Historia de la sexualidad, Volumen 3*, “La inquietud de si”, México, Siglo XXI, 1977.
25. GARCÍA, FÉREZ, J., *Ética de la salud en las personas terminales*, San Pablo, Madrid, España, 1998.
26. GARZA, ROBERTO, *Bioética; La toma de decisiones en situaciones difíciles*, Trillas, México, 2008.
27. GIDDENS, ANTHONY, *La Transformación de la intimidad, Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*, Traducción de Herrero Amaro, Benito, Cátedra Colección Teorema, Madrid, España, 1998.
28. GÓMEX, R. AMPARO, *La estirpe maldita, la Constitución científica de lo femenino*, Madrid España, Minerva, 2004.
29. GRACIA, DIEGO, *Bioética clínica*, Búho, Bogotá.
30. GRACIA, DIEGO, *Ética de la calidad de vida*, Fundación Sta. María, Madrid, España, 1999.
31. *Guía de manejo antirretroviral de las personas que viven con el VIH/SIDA 2005–2006*, Consejo Nacional para la y control del SIDA, CONASIDA, México, 2005–2006.
32. *Guía institucional para el manejo del paciente con infección por VIH/SIDA*, subdirección General Médica, ISSSTE, México, 2002.

33. *Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales, Consejo Nacional para la prevención y control del SIDA, CONASIDA, SSA, México, 2000.*
34. HIRIGOYEN, MARIE-FRANCE, *Mujeres maltratadas, los mecanismos de la violencia*, España, Paidós, 2006.
35. *Informe Belmont*, Departamento de Salud, Educación y Bienestar, USA, "Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación", El reporte fue creado el 18 de abril de 1979, Centro de Conferencias, Belmont.
36. *Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGAS*, enero, 2008–marzo 2010, Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, CENSIDA, SSA, México, 2010.
37. JACORZYNSKI, WITOLD, *Estudios sobre la violencia, teoría y práctica*, México, Ciesas, (Porrúa) 2002.
38. JON D. KAISER, *How to rebuild your immune system*, Health First Press, mil Valley, California, USA, 1999.
39. JONAS, H, *El principio de responsabilidad*, Barcelona, Header, SA, 1995: 35
40. JUAN PABLO II, *Evangelium Vitae, Encíclica*, Editricie, Vaticana, Roma, Italia, 1995.
41. KRAUS, A., Y PÈREZ, R. T., *Diccionario incompleto de Bioética*, Taurus Pensamiento, México, 2007.
42. LAMAS, MARTA, *Cuerpo diferencia sexual y género*, México, Taurus, "Pensamiento", 2002.
43. MAGIS, CARLOS, Y HERNÁNDEZ, MAURICIO, *Epidemiología del SIDA en México*, INSP–SSA, México, 2008.
44. *Manual de Vigilancia Epidemiológica, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica (INDRE)*, SSA, México, 1990.
45. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, American Psychiatric Association (APA) Masson, USA, 2001.
46. MARCUELLO, CARMEN, ELOSEGUI, MARÍA, *Sexo, género, identidad sexual y sus patologías*, Autor administrador, 07.07.2004, *Bioética en la red*, Universidad de Zaragoza, 2005.

47. MARTI, A., GABRIEL, *Sustancia individual de naturaleza racional, el principio personificador y la índole del alma separada, BOECIO; liber de persona et dualis naturis ML, LXIV,1343.*
48. MUÑOZ, MARCIA; CANO VALLE, FERNANDO, *Derechos de las personas con síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA-VIH*, Instituto Politécnico Nacional, CDdeIHCU-UNAM, México, 2000.
49. MURRIA, PATRICK, R.; KOBAYASHI, GEORGE, S., *Microbiología Médica*, Harcourt Brace, 5ª edición, 2008.
50. NOM-010-SSA2-1993, *Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana*, SSA, México, 1993.
51. NOM-087-ECOL-1995, *Norma Oficial Mexicana para la separación, embazado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos, que se generan en establecimientos que prestan atención médica*, SSA, México, 1995.
52. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNESCO, *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*, 2005.
53. PLATTS, MARK, *Realidades Morales*, UNAM, México, 1998.
54. PLATTS, MARK, *Sobre usos y abusos de la moral; ética, SIDA y sociedad*, Paidós, IIF-UNAM, México, 1999.
55. *Primera Encuesta Nacional sobre Discriminación en México*, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, Secretaria de Desarrollo Social, SEDESOL, México, mayo 2005.
56. *Programa institucional ISSSTE*, México, 2006-2012.
57. ROBBINS; KUMAR; COTRAN, *Patología estructural y funcional*, Mc Graw Hill Interamericana, 6ª edición, México, 2008.
58. SALAZAR C. L., *Democracia y Discriminación*, Consejo Nacional para prevenir la discriminación, CONAPRED, México, 2005.
59. SGRECCIA, ELIO, *Manual de Bioética*, Diana, México, 1994.
60. SOBERANES F. J. LUIS, *Los derechos humanos y salud*, México, 2010.
61. SOTO R. LUIS Y MÉNDEZ JOSÉ, *Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas que Viven con el VIH/SIDA, 2005-2006*, 2ª edición CONASIDA, México, 2005.

62. Subdirección General Jurídica y Coordinación General de Comunicación ISSSTE, *Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*, ISSSTE/FCE, México, 2007.
63. Subdirección General Médica y Subdirección de Regulación de Servicios de Salud ISSSTE, *Guía Institucional para el Manejo del Paciente con Infección por VIH/SIDA*, México, 2002.
64. TAYLOR, S. J. /BOGDAN, R., *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Ed. Paidós, Barcelona España, 1987.
65. TRUEBA, L, J, LUIS, *Historia de la Sexualidad en México*, Grijalbo, 2008.
66. URETA, S. SERGIO, *Bioética y sexualidad*, *Memorias del V congreso AMSSAC de Salud y sexualidad*, México, 3.4 y 5 octubre 2008.
67. VALDEZ, MARGARITA, (comp), Wertheimer, Roger, *Controversia sobre el aborto*, México, UNAM/FCE, 2001.
68. VALENZUELA, J. I, *El filo de tu piel*, Punto de lectura, México, 2000.
69. VELAZCO SUÁREZ MANUEL, *Bioética y Derechos Humanos, Medicina y ética*, México, 1993.
70. XIRAU, RAMÓN, *Introducción a la historia de la filosofía*, Textos Universitarios, UNAM, México, 2005.