



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA EN TRABAJO SOCIAL
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
SALUD PÚBLICA

Influencia de la interacción médico-paciente sobre el trato digno hacia las personas que viven con VIH/sida, que reciben tratamiento en el Hospital General de Zona, Belisario Domínguez del IMSS

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRO EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA:

RUIZ ROLDAN VICTOR RODRIGO

TUTOR

MARTINEZ MALDONADO MARIA DE LA LUZ
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

Ciudad Universitaria, CD. MX. Septiembre 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Pág. 5. INTRODUCCIÓN

- Pág. 8. 1. ANTECEDENTES DE LA RESPUESTA AL VIH/sida
- Pág. 10. 2. LA PROBLEMÁTICA DE LA INTERACCIÓN MÉDICO/PACIENTE EN LA CLVIH.HGZ.BD.IMSS
- Pág. 13. 3. MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN
- Pág. 15. 4. MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN
- Pág. 18. 5. HORIZONTE CAPÍTULAR DE LA INVESTIGACIÓN

Pág. 20. CAPÍTULO I. EL TRABAJO SOCIAL DEL CAMBIO

- Pág. 22. I.1. LAS ACEPCIONES DEL TRABAJO SOCIAL
- Pág. 24. I.1.1. El inicio de las dicotomías
- Pág. 26. I.1.2. El trabajo social incorporado a las actividades asistenciales
- Pág. 29. I.1.3. El trabajo social como profesión
- Pág. 31. I.1.4. La dicotomía progreso vs liberación

- Pág. 36. I. 2. EL CAMBIO SOCIAL COMO PUNTO DE PARTIDA
- Pág. 37. I.2.1. El Trabajo Social, el caso de México
- Pág. 41. I.2.2. Trabajo Social en el Marco de la Protección a la Salud en México
- Pág. 43. I.2.3. La lógica del cambio social

- Pág. 46. I.3. LA METODOLOGÍA DE ACCIÓN
- Pág. 46. I.3.1. La acción colectiva
- Pág. 48. I.3.2. La acción desde su perspectiva holística
- Pág. 51. I.3.3. La acción social
- Pág. 54. I.3.4. El proceso de cambio en las organizaciones sanitarias y sus implicaciones para el estudio de la atención hacia las personas viviendo con VIH/sida

- Pág. 55. I.4. REFLEXION CAPÍTULAR

Pág. 56. CAPÍTULO II. ESTRUCTURA DEL CONTINUO DE ATENCIÓN PARA VIH/sida EN EL HGZ.BD.IMSS.

- Pág. 56. II.1. ANTECEDENTES BÁSICOS DE VIH/SIDA
- Pág. 60. II.1.1 El VIH en el Mundo.
- Pág. 61. II.1.2. El VIH en América Latina
- Pág. 62. II.1.3. El VIH en México

- Pág. 67. II.2. LA ARTICULACIÓN DE LA RESPUESTA AL VIH/sida
- Pág. 69. II.2.1. La lucha contra el VIH/sida
- Pág. 71. II.2.2. De la respuesta al VIH/sida
- Pág. 73. II.2.3. Los Programas Nacionales de Respuesta al VIH/sida

- Pág. 75. II.3. LAS IMPLICACIONES NORMATIVAS DEL PROGRAMA DE RESPUESTA AL VIH/sida EN MÉXICO
- Pág. 76. II.3.1. Normatividad nacional de respuesta al VIH/sida
- Pág. 82. II.3.2. El continuo de atención para VIH/sida en México
- Pág. 83. II.3.3. Normatividad y continuo de atención integral para las personas viviendo con VIH/sida en el IMSS

- Pág. 88. II.4. EL PROBLEMA DEL CONTINUO DE ATENCIÓN AL VIH/sida EN EL HGZ.BD.IMSS.
- Pág. 89. II.4.1 El marco de monitoreo del continuo de atención
- Pág. 92. II.4.2. Los indicadores del cribado de atención
- Pág. 94. II.4.3. Resultado del cribado de atención y problemática del continuo de atención en el HGZ.BD.IMSS

Pág. 97. II.5. REFLEXION CAPÍTULAR

Pág. 98. CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO- METODOLÓGICO

Pág. 99. III.1. LA PROPUESTA TEÓRICA DESDE LA INTERACCIÓN

Pág. 102. III.1.1. La interacción como punto de partida teórico.

Pág. 107. III.1.2. Actuar en un espacio de interacción estructurado.

Pág. 113. III.1.3. El concepto de dignidad y trato digno hacia las personas que viven con VIH/sida

Pág. 117. III.2. UNA PROPUESTA METODOLÓGICA DESDE ACCIÓN SOCIAL

Pág. 118. III.2.1. Construcción subjetiva de la interacción

Pág. 121. III.2.2. Los resultados en los sistemas de interacción interdependiente

Pág. 125. III.2.3. Los componentes de trato digno en la atención integral hacia las personas que viven con VIH/sida.

Pág. 126. III.3. RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pág. 128. III.3.1. Principios de la acción social aplicados a la recolección de información

Pág. 129. III.3.2. Ambiente autorizante de la recolección de información

Pág. 131. III.3.3. Horizonte de la recolección de la información

Pág. 133. III.4. REFLEXION CAPÍTULAR

Pág. 134. CAPÍTULO IV: LAS METÁFORAS EN LA INTERACCIÓN MÉDICO/PACIENTES ENTRE LOS AGENTES DE LA CLÍNICA DE VIH/sida DEL HGZ.BD.IMSS.

Pág. 135. IV.1. CONTEXTO DE LA INTERACCIÓN MÉDICO/PACIENTE

Pág. 137. IV.1.1. La interacción entre médicos y personas viviendo con VIH.

Pág. 140. IV.1.2. El desarrollo de la Clínica de VIH/sida en el HGZ.BD.IMSS

Pág. 143. IV.1.3. La Clínica de VIH/sida del HGZ.BD.IMSS y la atención hacia las PVVs.

Pág. 145. IV.2. LAS METÁFORAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES

Pág. 148. IV.2.1. Las metáforas de los médicos familiares sobre su personaje típico

Pág. 151. IV.2.2. La metáfora de los médicos familiares sobre los pacientes

Pág. 154. IV.2.3. La metáfora de los médicos familiares sobre las PVVs

Pág. 157. IV.2.4. Las acciones de los médicos familiares.

Pág. 159. IV.3. LAS METÁFORAS DE LOS PACIENTES

Pág. 159. IV.3.1. Las metáforas de las personas que viven con VIH sobre los médicos familiares

Pág. 162. IV.3.2. Las metáforas de las personas que viven con VIH sobre los pacientes

Pág. 166. IV.3.3. Las metáforas de las personas que viven con VIH sobre su personaje típico

Pág. 168. IV.3.4. Las acciones de las personas que viven con VIH/sida

Pág. 170. IV.4. REFLEXION CAPÍTULAR

Pág. 172. CAPÍTULO V: EL EFECTO DE COMPOSICIÓN DE LA INTERACCIÓN MÉDICO/PACIENTES SOBRE EL TRATO DIGNO EN LA ATENCIÓN HACIA PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/sida EN EL HGZ.BD.IMSS.

Pág. 172. V.1. LA INTERACCIÓN SOCIAL EN EL HGZ.BD.IMSS

Pág. 173. V.1.1. El actuar de los médicos familiares y los pacientes durante el continuo de atención

Pág. 176. V.1.2. El camino a la salud desde la óptica de los médicos familiares

Pág. 179. V.1.3. . El camino a la salud desde la óptica de las personas viviendo con VIH/sida

Pág. 184. V.1.4. . La interacción médico/paciente en el HGZ.BD.IMSS

Pág. 186. V.2. EL SISTEMA DE INTERDEPENDENCIA MÉDICO/PACIENTE EN EL HGZ.BD.IMSS

Pág. 188. V.2.1. El obrar de los agentes involucrados en el continuo de atención

Pág. 192. V.2.2. El continuo de atención real en el HGZ.BD.IMSS

Pág. 197. V.2.3. El sistema de interdependencia en el HGZ.BD.IMSS

Pág. 200. V.3. LOS RESULTADOS DE LOS EFECTOS DE COMPOSICIÓN ASOCIADOS AL TRATO DIGNO

Pág. 201. V.3.1. La estructura situacional de la interacción médico/paciente que influyen sobre el trato digno hacia las PVVIH en MF del HGZ.BD.IMSS

Pág. 205. V.3.2. Descripción funcional y la estructura situacional de atención en el HGZ.BD.IMSS respecto del enfoque de SDPP

Pág. 213. V.3.3. El resultado sobre los componentes del trato digno hacia las personas viviendo con VIH/sida en el HGZ.BD.IMSS

Pág. 219. V.4. REFLEXION CAPÍTULAR

Pág. 220. **CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES**

Pág. 220. VI.1. Resultados de la investigación

Pág. 225. VI.2. Las discusiones que se derivan de la investigación

Pág. 228. VI.3. Reflexiones para Trabajo Social

Pág. 230. **CAPÍTULO VII. ANEXOS**

Pág. 235. **CAPÍTULO VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

INTRODUCCIÓN

Desde sus comienzos, los movimientos sociales de lucha contra el VIH/sida¹, adoptaron la acepción filosófica y jurídica de “dignidad” como concepto fundamental para el reconocimiento de sus derechos humanos. A lo largo del tiempo este concepto se incorporó en la plataforma para la “Respuesta al VIH/sida” a nivel internacional, nacional y local; cuya evolución se ha plasmado en algunos documentos desde la aparición de los Principios de Denver en 1983, hasta el Marco de Salud, Dignidad y Prevención Positiva en 2009, y sus Directrices Operacionales en 2013.

Particularmente en la Asamblea de Naciones Unidas en 2011, se reconoció que muchos países no habían cumplido sus promesas derivadas de la Declaración Política de 2006, por lo que en la “Declaración Política sobre el VIH y el SIDA (2011), misma que se ratificó en 2016, se recomendó a los Estados miembros que emprendieran acciones legislativas, reglamentarias y normativas que garantizaran la vigilancia de los derechos humanos y observación del “trato con dignidad” para combatir el estigma y la discriminación.

En 2011, a partir de la reforma a la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, realizada el 10 de junio, se incorporaron a la carta magna los derechos humanos y el principio “pro persona”, estableciéndose en el Artículo 1º, Párrafo 5º, que queda prohibida toda discriminación motivada por diversas cualidades personales como las condiciones de salud, las preferencias sexuales, y “cualquier otra que atente contra la dignidad humana” (DOF, 2011).

De la misma manera la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, ha establecido en su Artículo 4º que “...queda prohibida toda práctica discriminatoria que tenga por objeto o efecto impedir o anular (...) la igualdad real de oportunidades”, quedando estipulado en el Capítulo II, Artículo 9º, Fracc. XXXII; que se considera como discriminación: “Estigmatizar y negar derechos a personas con VIH/SIDA” (DOF, 2003).

Por su parte, el Artículo 50º de la Ley General de Salud, presentó una acepción sobre los usuarios de los servicios de salud, reconociéndolos como “personas” que requieran y obtengan los servicios en los sectores público, social y privado; estableciendo, en el Artículo 51, que éstas tienen derecho a un trato digno por parte de los profesionales, técnicos y auxiliares. Esto en el Artículo 77 BIS, implica que los beneficiarios del sistema de salud debieran recibir una “información suficiente, clara, oportuna y veraz”. Además en la misma ley se contempló que las instituciones y gobiernos locales deben ser quienes “promuevan y apoyen la creación de grupos y asociaciones entre los usuarios de los servicios”;

¹ El documento “Orientaciones terminológicas de ONUSIDA” publicado en 2011, recomienda utilizar el acrónimo específico para diferenciar entre el virus, utilizando con mayúsculas el acrónimo de “VIH” y el síndrome con minúsculas (sida) referido a la enfermedad del sistema inmunológico, por lo que en el presente proyecto se retoma ésta terminología con excepción de los nombres de documentos oficiales en cuyo título oficial aparezca “SIDA” con mayúsculas (ONUSIDA, 2011).

redefiniendo el papel pasivo que ejercían los “pacientes”, por un papel más activo en interacción con los prestadores de servicios de salud (DOF. 2015).

Además, el “Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica”, en sus Artículos 54º al 63º, indica que los médicos y los pacientes deben sentar las bases para facilitar diversas modalidades de participación social en salud, que no solo consistan en brindar un consentimiento informado para recibir la asistencia médica, sino que reconoce la capacidad de las personas para poder auto-determinar, en colaboración con sus médicos, los procedimientos a los que desean ser sometidos, vigilando que toda organización de los usuarios del servicio de salud se constituyan como avales ciudadanos de los resultados en relación a trato digno (DOF, 2004).

Por su parte, el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y SIDA (CENSIDA), dependencia rectora y normalizadora encargada de coordinar la Respuesta al VIH/sida, que se apega a la NOM-010-SSA2-2010, estableció que la consulta médica no podrían incluir medidas coercitivas, asegurando que el sistema de “referencia y contra-referencia” únicamente se encuentra justificada cuando el usuario lo necesitara por su estado clínico; además establece que se debe contemplar atención de urgencias de una forma responsable, digna y libre de discriminación, contemplándose en todo el servicio de salud el fomento a la consejería, el consentimiento informado y la confidencialidad del estado clínico de las personas (SS. 2010).

Lo que implica la normatividad en derechos humanos y “Respuesta al VIH/sida”, es que se debe reconocer el carácter de “persona” de los beneficiarios de salud; vigilando sus derechos en debitud. Bajo éste supuesto, un servicio de salud con vigilancia del principio de dignidad habría de implicar la adquisición de un compromiso de ambas partes en una “interacción” entre usuarios y servidores públicos, debido a que esto exigiría el cumplimiento de derechos para sí mismo y para otros, quienes se encuentra cara a cara. Así es como el respeto al trato digno no se podría comprender desde el punto de vista de la coerción social, política o cognitiva, por el contrario, habría de establecerse como un deber propio al ser humano consciente de sus propios derechos y de los derechos de otros (Lugo, 2011).

Sin embargo, después de más de treinta años de los primeros casos de VIH/sida, organismos internacionales y nacionales han confirmado que el principal **problema de investigación para la prevención y control de la epidemia, sigue siendo la interacción estigmatizada entre médico-paciente dentro de los servicios de salud, especialmente en instituciones de seguridad social en donde no se ha conseguido la suficiente sensibilidad a las necesidades de atención y trato digno de las personas**

viviendo con VIH/sida en la región de América Latina y el Caribe²; esto tiene un efecto en la accesibilidad de las personas a los diversos servicios necesarios para mejorar su estado de salud.

En México la calidad del trato personal en los servicios de salud puede variar de forma significativa, dependiendo el Estado o localidad geográfica y la institución de salud en que se atiende a las PVVs. De acuerdo con la CONAPRED en el Reporte sobre Discriminación (2012), el sistema mexicano de salud se encontró fragmentado (institucional y regionalmente) y presentó desigualdades en cuanto al financiamiento, organización, atención y eficiencia. Estas diferencias se han acentuado en las distintas regiones de la república, lo que ha provocado asimetrías e incumplimiento del derecho fundamental de la población a gozar de la protección a la salud (CONAPRED, 2012).

En el Reporte de la Comisión Nacional para Prevenir la Discriminación, 2012, tanto el IMSS, como el ISSSTE, han sido las instituciones con mayor cantidad de quejas relacionadas a maltrato en aspectos de protección de la salud y diversidad sexual. En este informe, se cita una investigación realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública, señalando que de 373 médicos del IMSS, casi tres cuartas partes en los Estados de México, Yucatán y el Distrito Federal, han opinado que las personas viviendo con VIH son culpables de su estado de salud, agregando que el aislamiento es la mejor estrategia para proteger al equipo médico y prevenir nuevas infecciones (CONAPRED. 2012).

Lo anterior permitió reconocer que la existencia de una vida normada en estructuras y funciones institucionales, nunca ha estado ajena a la generación de marcos socio-económicos y culturales, que son determinantes para guiar el comportamiento de los prestadores de servicios de salud. Por el contrario, **es posible argumentar que las acciones autónomas recíprocas entre diversos “agentes” (personas con roles asignados normativamente), pueden modificar las condiciones estructurales y los procedimientos funcionales legales de cualquier organización estratificada y normada. En esto consistió el objeto de estudio de la investigación,** contemplando que es momento de abandonar la creencia de que las instituciones han sido ajenas a las estructuras de relaciones de la sociedad en su conjunto, pues estos aspectos siempre han influido en el resultado de los propósitos institucionales. (López, 2010).

De esta manera es que la eficaz comprensión de éste fenómeno demandó una investigación con enfoque social, que permitiera el análisis de las acciones y reacciones recíprocas de ambos agentes involucrados en la interacción médico/pacientes, ya que la investigación no se podría desarrollar a partir

² En “Directrices Consolidadas de la OMS sobre la Prevención del VIH, Diagnóstico, Tratamiento y Atención a las Poblaciones Claves” y en el “Proyecto para la Provisión de Cuidado Integral a hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en la Región de América Latina y el Caribe”; se han publicado recomendaciones para mejorar la respuesta al VIH en los países latinoamericanos. Ambos documentos coinciden en que es indispensable la mejora de la provisión de los servicios de salud *“Tras el devastador impacto del SIDA en las décadas de los 80s y 90s (...) parece inconcebible que (...) el estigma, el heterosexismo, la negligencia y la discriminación (...) continúan alimentando esta crisis global de salud”* (OPS. 2009).

de concepciones que hablan de “factores”, pues la atención que proporciona una institución siempre ha estado influida por “acciones” de personas que “interactúan entre sí”.

Así fue como se aceptó en el Hospital General de Zona No.29., Belisario Domínguez, del IMSS (HGZ.BD.IMSS) la presente propuesta de investigación, inscribiéndose en el Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud del IMSS (SIRELCIS) con el folio: PI-2014-6061-562919, y realizándose desde la óptica de la profesión de Trabajo Social, que buscó comprender la situación concreta de la interacción médico-paciente a partir de una exploración de las acciones sociales de los agentes involucrados dentro del continuo de atención integral. La investigación ha sido considerada como parte de un esfuerzo por diseñar un ejercicio reflexivo y sistematizado de diagnóstico de la atención integral desde la perspectiva interaccionista de Trabajo Social, misma que brindó la posibilidad de visualizar a la institución como una estructura funcional, pero construida socialmente a partir de acciones agregadas de forma individual en la vida cotidiana (Duque, 2013).

1. ANTECEDENTES DE LA RESPUESTA AL VIH/sida.

En México la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) ha dejado de ser sinónimo de muerte, pues con el diagnóstico y tratamiento oportuno se ha podido evitar el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida). De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la región de América Latina ha sido vanguardia en temas de cobertura de tratamiento antirretroviral entre países en desarrollo. En este caso una persona viviendo con VIH puede permanecer en perfecto estado de salud accediendo a un tratamiento antirretroviral (ARV), que evitaría la aparición de problemas inflamatorios, desgaste y enfermedades oportunistas asociadas al sida³ (OPS/OMS, 2013).

Las primeras instituciones en México en brindar los medicamentos ARV fueron el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Sin embargo, después de la creación del Centro Nacional de Prevención y Control de VIH/sida (CENSIDA) y algunos programas estatales; la cobertura universal de los servicios médicos ha mejorado, diversificándose las instituciones de salud con provisión del programa de acceso universal a tratamiento TARGA⁴; creándose una amplia infraestructura nacional de centros de salud para garantizar el acceso universal a medicamento ARV integrado al Sistema Nacional de Salud.

³ Con el desarrollo de los nuevos medicamentos ARV a partir de 1996 y el acceso universal a tratamiento en 2001-2006 las personas diagnosticadas que acceden a tratamiento en etapas tempranas de la infección pueden evitar la inmunodeficiencia y el desgaste de algunos órganos producidos por la inflamación ligada al propio virus y las enfermedades oportunistas asociadas al sida, en noviembre del 2015 se publicó la nueva “Guía de Manejo Antirretroviral para las personas que viven con VIH” que busca prever estas posibles complicaciones de salud http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/Guia_ARV_2014V5.pdf (CENSIDA, 2015).

⁴ Existen diferentes instituciones de salud que dan acceso universal a la atención y tratamiento ARV, tal es el caso de el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales Para Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), y Hospitales de la Secretaría de Salud como los Servicios Integrales de Salud (SAI's) o Centros de Atención para Pacientes Ambulatorios en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS).

Esto permitió que la atención hacia las personas viviendo con VIH/sida (PVVs), transitara de un enfoque tanatológico, a una atención ambulatoria en nuestros días. En el IMSS esto fue palpable desde la publicación del documento “Proceso general para la atención integral de los enfermos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana” (PGA VIH/sida. IMSS), en 1994, documento en que se determinó que las PVVs; que han recibido tratamiento en esa institución, debían ser atendidos dentro de los procedimientos habituales del flujo continuo de atención, diseñados para todos los derechohabientes. En primer nivel de atención se accede a la detección oportuna del VIH, así como al diagnóstico y tratamiento de enfermedades oportunistas y de temporada (diarreas e influenza estacional), seguimiento de enfermedades crónicas ambulatorias (por ejemplo, diabetes o hipertensión) y continuidad de la atención integral con perspectiva etaria y de género (Onofre, 1996).

El acceso a medicamento ARV, seguimiento de efectos secundarios, fármaco-resistencia, diagnóstico y tratamiento de enfermedades oportunistas o síndromes de desgaste e inflamatorios relacionados al VIH/sida, debía brindarse en la “Clínica de VIH (CLVIH)” en segundo nivel de atención. Cuando el paciente ameritara la atención permanente, cuya función principal fuera la curación, estabilización, recuperación y rehabilitación por enfermedades asociadas al síndrome o comorbilidades, debiera acceder al tercer nivel de atención. Y por último, el área de urgencias puede determinar la gravedad del problema de salud y referir al paciente al nivel apropiado para su atención médica (Onofre, 1996).

En conjunto cada uno de los niveles debiera cubrir en su totalidad los procedimientos del flujo continuo de atención integral necesario para brindar la detección oportuna, tratamiento y control viral, con observación en el trato digno que protegiera la salud de las personas viviendo con VIH. Lo anterior en el entendido de que todo flujo continuo de atención integral ha estado constituido por momentos de interacción médico-paciente, que siempre han tenido influencia sobre los esquemas de trato directo y las características socio-relacionales en que el hospital ha brindado su atención.

Por desgracia las disposiciones de atención integral, las “Normas Oficiales”, las “Guías de Manejo Antirretroviral”, así como las “Guías de Práctica Clínica”; suelen contemplar la asistencia terapéutica ARV, que abarcan procedimientos clínicos alineados a la normativa nacional, pero han tenido poca incidencia con el trato directo entre médicos y pacientes. Las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, no han contado con un continuo de atención integral unificado, ni homogeneizado. **Cada institución ha establecido sus propios criterios y procedimientos de atención, en que los médicos y los pacientes interactúan de formas muy variadas** por Estado, por tipo de servicio de salud, por institución, especialidad médica y hasta de médico en médico; por lo que no ha existido un continuo de atención integrado unificado. Siendo posible que las personas en la vida cotidiana pudieran ser

sujetos⁵ de maltrato en cualquiera de los niveles de atención institucional, lo que ha hecho de la “atención integral” un reto socio-relacional, además del desafío técnico que ha representado.

En este sentido y al encontrar diversas investigaciones que permiten entrever, en la práctica de los servicios de salud rasgos aparentes de estigma latente, así como posibles conductas de discriminación⁶, es que el Marco de Salud, Dignidad y Prevención Positiva (SDPP), publicada en 2013 por GNP+ y ONUSIDA, representa un marco de análisis para verificar si los elementos del trato digno se encuentran presentes en los entornos sociales y de atención integral en que se atienden las PVVs.

De esta manera, se consideró que el análisis de la interacción entre prestadores de servicios de salud y usuarios, con miras en el desarrollo de un esquema de atención integral que contemple el trato digno de las PVVs, resultó necesario sobre todo en instituciones que hayan registrado problemáticas para cumplir con la mejoría continua del estado clínico de las PVVs, tal como sucedía en la Clínica de VIH (CLVIH) del HGZ.BD.IMSS, en donde se identificó una falla en los resultados de los indicadores relacionados al primer nivel de atención, específicamente en el servicios de “Medicina Familiar”, en donde se contempló como problemática hospitalaria la posibilidad de que la interacción médico/paciente haya modificado, en la vida cotidiana, el flujo continuo de atención integral normado con arreglo al trato digno hacia PVVs; desarrollando una atención integral capaz de construir un trato con estigma latente y manifiesto que modificara la disposición de recursos para la atención, los eventos de consulta y la prestación de diversos servicios como consejería, rehabilitación, terapia psicológica, acceso a tecnologías de prevención, etc.

2. LA PROBLEMÁTICA EN LA CLVIH.HGZ.BD.IMSS.

El Hospital General de Zona, Belisario Domínguez del IMSS (HGZ.BD.IMSS), ubicado en la Col. Aragón, de la Delegación Gustavo A. Madero en la Ciudad de México, cuenta con una Clínica de VIH⁷, un consultorio

⁵ El término de sujeto se aplica en esta investigación a partir de la concepción del individualismo metodológico. Para Weber un sujeto es un ser individual que realiza acciones contemplando un cálculo de intencionalidades, éste se encuentra amarrado a los significados que puede percibir del entorno que lo rodea y sus acciones solo pueden comprenderse a partir de este entorno. Schutz le agrega a esta definición el sentido fenomenológico impulsado por Husserl, en términos de la trascendencia que los sujetos pueden darle a su entorno y a otras personas. En este sentido, los sujetos están sujetos a sus esquemas de significados pero a la vez son capaces de dar sentido y construir situaciones sociales intersubjetivas e incidir en la sociedad.

⁶ No sólo se ha documentado el estigma y la discriminación de forma oficial en el Reporte 2012 de la CONAPRED, también en estudios como “El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicio en México” y la “Encuesta de sero prevalencia en sitios de encuentro de hombres que tienen sexo con otros hombres, publicado por el INSP se han descrito algunas opiniones de prestadores de servicio respecto a las PVVs, conectándolas con variadas posibles violaciones a derechos humanos. Otro ejemplo, es la publicación de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) que ha documentado 1221 quejas al 2014, de las cuales el 23% están relacionadas con una provisión inapropiada de los servicios de salud.

⁷ Se calculó que la incidencia de nuevas infecciones en la Clínica ha sido del 15 al 20 % anual desde el 2010, de las cuales 39% han ingresado provenientes de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) 23, 37% de la UMF 94 y 23% de la UMF 29 unidad que se encuentra en las mismas instalaciones del HGZ. En el Cribado de Atención de la CLVIH se reporta que si bien el 73% de los pacientes se diagnosticaron en franca etapa de sida (por debajo de los 250 CD4), muchos de ellos, un poco más del 60% no han conseguido mejorar sus estados clínicos o han desarrollado comorbilidades. Esto quiere decir que han conservado estados clínicos y sintomatologías con las que ingresaron al servicio de salud, tales como inflamaciones por síndrome de desgaste, enfermedades oportunistas y efectos secundarios de los medicamentos.

ambulatorio de atención externa en el segundo nivel de atención, cuyos derechohabientes eran un total de 364 personas viviendo con VIH, que se encontraban activas y recibiendo tratamiento al 30 de julio del 2014. La Clínica de VIH ha reportado que su mayor **problemática en el hospital** es que **las PVVs que reciben tratamiento en este servicio, no han conseguido mejorar su estado de salud, a pesar de que el 90% se encuentra vinculado, en retención y que en su mayoría mantienen un control virológico de su infección.**

Esto quiere decir, que se ha identificado que las PVVs han conservado o recaído en estados clínicos similares a los que tenían cuando ingresaron al servicio de salud, además de manifestar abiertamente descontento hacia la atención ambulatoria proporcionada en Medicina Familiar. En el diagnóstico sobre la atención del 2014, se determinó que los resultados más desfavorables del estado clínico de las PVVs estaban relacionados con los procedimientos en el primer nivel de atención, específicamente en el servicios de **“Medicina Familiar”**, en donde se debiera ejecutar la atención ambulatoria contemplando la continuidad de la atención integral, cuando los derechohabientes se encuentran en control virológico.

Lo anterior viabilizó el planteamiento de la siguiente **pregunta de investigación: ¿Sería posible que la interacción M/P en el continuo de atención proporcionado en Medicina Familiar del HGZ.No.29 del IMSS podría tener una influencia en el trato digno con un efecto de composición negativo en la accesibilidad de las PVVs a los diversos servicios de salud (como psicología, trabajo social, nutrición, etc.) que impediría la mejoría continua de los estados clínico de los derechohabientes?**

Bajo éste antecedente, se decidió desarrollar la presente investigación con el propósito de comprender la situación concreta de la interacción médico/paciente en el servicio de Medicina Familiar, a partir de un estudio de caso que visibilizara la estructura situacional de la interacción. Por lo que se contempló el **supuesto hipotético** de que **la existencia de una interacción M/P estigmatizada latente o/y manifiesto en Medicina Familiar, tendría una influencia en la modificación del flujo continuo de atención integral normado por el instituto, con un efecto en el trato digno y la accesibilidad de los pacientes a diversos servicios de salud** física, mental, emocional, sexual, preventiva, etc., que fueran capaces de mejorar el estado clínico de las PVVs.

El propósito e interés institucional de explorar este tema fue obtener cualidades de la influencia de la interacción M/P sobre el desarrollo de un esquema de trato digno, así fue como se contempló el **objetivo de: “Identificar la influencia de la interacción médico/paciente en Medicina Familiar del HGZ.BD.IMSS, sobre el desarrollo de un continuo de atención con apego al trato digno hacia las PVVs, que han recibido tratamiento ARV en el HGZ.BD.IMSS,** para la realización de un diagnóstico situacional sobre el trato digno en los servicios de salud otorgados por las Unidades de Medicina Familiar”, por lo que se pensó en cumplir los siguientes objetivos específicos:

- 1. Identificar la presencia de acepciones o metáforas en los personajes típicos de los agentes involucrados en la interacción M/P en UMF 29.**
- 2. Manifiestar las existencia de formas de maniobra existentes en la estructura situacional de interacción M/P, que podrían modificar el flujo continuo de atención hacia PVVs en el HGZ.BD.IMSS.**
- 3. Caracterizar la estructura situacional del trato digno hacia las PVVs en el continuo de atención integral desarrollado en UMF 29, y en el HGZ.BD.IMSS.**

Para responder la anterior pregunta, abarcando más allá del objetivo de la presente investigación y contribuyendo con el propósito institucional, fue necesario el desarrollo de un marco teórico metodológico que permitiera el análisis de la interacción simbólica y de la acción social de los agentes en cuestión, aspecto que cubriría los objetivos específicos uno y dos. Por otro lado fue necesario explorar componentes acerca del trato digno, mismos que se presentan en el documento del Marco de “Salud, Dignidad y Prevención Positiva⁸” y sus Directrices Operativas (2013), que ha buscado incorporar en un solo marco referencial, el concepto de dignidad desde su concepción filosófica y jurídica hacia las PVVs, por lo que se retomó ese documento como herramienta para cubrir con el objetivo número tres.

3. MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

Entre las perspectivas teóricas sociales del estructural funcionalismo y el interaccionismo simbólico, personificados por Mertón (1910-2003) y Parsons (1902-1979), así como Mead (1863-1931) y Goffman (1922-1982), respectivamente, siempre se ha contemplado una dicotomía conceptual. Esto se explicó debido a que mientras el primero contemplaba la existencia de roles para guiar la conducta dentro de una estructura social institucional y normada, el segundo fundamentó su concepción de la persona como la creación propia del “self” que determinaba la conducta de todo individuo en estructuras sociales del mundo de la vida. En otras palabras, se piensa que los individuos se definen a sí mismos y son capaces de cumplir con una función dentro de la institución, en contra posición, de pensar que la persona se define a si misma y es capaz de actuar de manera diferente a lo que dicta la normatividad institucional (López, 2010).

Para Goffman éste tema podía estudiarse a partir de marcos analíticos que mostraran esquemas de comportamiento presentes en el entorno social, documentando el interjuego subjetivo entre agentes del sistema de salud⁹. Este marco de análisis puede adaptarse perfectamente a estructuras materiales

⁸ El SDPP enfatiza 7 componentes que las políticas y programas de salud a nivel nacional deben privilegiar para garantizar a las PVVs, una atención guiada por trato humano y con dignidad. Los componentes no buscan sustituir a los programas de Respuesta al VIH/sida, por el contrario, buscan nutrir un marco de referencia para apoyar a los Estado e instituciones en la vigilancia y proteger de la mejora del estado de salud de las PVVs con respeto en los derechos humanos (ONUSIDA, GNP+. 2011).

⁹ Para Goffman el concepto de instituciones totales, representa la posibilidad de estudiar la interacción social en entornos controlados. En su libro “internados” caracteriza estas instituciones como aquellas que mantienen espacios, tiempos y interacciones controladas en

funcionales a partir de “formas simbólicas”, construyendo escenarios de acción y reacción recíproca que aparecen en la vida cotidiana, cuando los agentes se encuentran cara a cara (Goffman, 2006).

Actualmente ha sido posible advertir que la existencia de normatividad, estructura y procedimientos funcionales, no ha sido ajena a la generación de condiciones de interacción. De esta manera fue posible argumentar que también las acciones y reacciones recíprocas entre diversos agentes, pueden determinar las condiciones estructurales y funcionales de cualquier organización estratificada y normada. Es decir, actualmente se advierte que las personas pueden optar de forma autónoma, incumpliendo la función asignada por la institución, lo cual modificaría la obra institucional y posiblemente se obtendría un resultado estructural distinto al que se plantea en la normativa (López, 2010).

De ahí la necesidad del estudio de la interacción aunado a los componentes de un marco de atención como el SDPP, validado en los programas nacionales de Respuesta al VIH/sida¹⁰, pues en primer lugar es necesario argumentar la existencia de la interacción estigmatizada latente y manifiesta, para posteriormente identificar de qué manera esta situación concreta en la institución ha modificado los componentes del esquema normativo del programa de atención integral. En esto consistió la perspectiva teórica del interaccionismo simbólico que se utilizó en la investigación, pues permitió comprender que en los servicios de salud, al igual que en la vida cotidiana, cada persona ha utilizado formas simbólicas (palabras, gestos, símbolos, etc.) y para interpretar cualidades de otros con quienes interactúan.

Cuando un médico ha atendido a un paciente, éstos actúan en el contexto de un rol normado que ha sido asignado a nivel institucional, sin embargo, sus acciones pueden corresponder o no a ese rol, pues pueden obedecer más a la organización cotidiana en que se interactúa diariamente. Esto también pasa con los “usuarios”, quienes pueden asumir el rol asignado por la institución o no, es decir, ambos tendrían que realizar una acción que dentro de la institución tiene un resultado calculado y esperado, pero esto no siempre sucede.

De acuerdo con Goffman, “somos el conjunto de mascarar que poseemos” y depositamos en los otros, a manera de metáforas para comprender nuestro entorno¹¹. Y a pesar de que la normativa que cobija

donde se establecen ajustes entre grupos sociales que en su continuo relacionar realizan adaptaciones de su comportamiento. Los hospitales y psiquiátricos son instituciones totales susceptibles de ser investigadas con este marco de análisis (Goffman. 1972).

¹⁰ El Marco de SDPP fue incluido en 2014 en la “Guía Nacional para la Prevención del VIH y el sida: Orientaciones y referencias prácticas para la promoción de la salud y la prevención del VIH y el sida”, publicada por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (CENSIDA) (CENSIDA. 2014).

¹¹ El análisis de la situación de interacción dentro del hospital, fue necesario retomar las *palabras* (formas simbólicas que cumplen la función de metáforas para nombrar y asignar mascarar) empleadas por los agentes involucrados en las acciones y reacciones recíprocas. Esto resultó importante debido a que los términos utilizados por los agentes suelen contener esquemas simbólicos dotados de sentido para quienes los utilizan, por lo que resulta sumamente importante hacer la precisión de que el análisis de la interacción se realizó a partir de las metáforas “*paciente*” y “*médico familiar*” sin embargo, cuando se pretende realizar deducciones sobre los

los derechos humanos indique que los usuarios de los servicios de salud son “personas”, los médicos pueden depositar de forma autónoma una identidad metafórica (mascara) con cualidades primordialmente indeseables. En esto radica el concepto de “estigma” que no siempre se hace manifiesto en acciones concretas de maltrato, debido a que, como dice Goffman, la institución tiene un escenario y un camerino; es decir, en el escenario, a la vista de todos los actores institucionales, los médicos pueden adaptar sus acciones para no incurrir en faltas al rol asignado por la institución, esto nos indica que la presencia de un estigma latente no siempre propicia una exclusión institucional o la privación de algún derecho (Goffman, 2006).

En este sentido, se consideró que a pesar de estar ampliamente difundido el uso del concepto “estigma” para dar cuenta de la problemática social de la epidemia por VIH/sida, en ocasiones, su uso ha resultado muy simplista, sobre todo cuando se trata de conectar el aspecto simbólico y la acción social que se manifiesta en los hechos. Confirmar la existencia del estigma y su manifestación en la vida cotidiana, resultaría imposible a partir de técnicas como encuestas que recaben la opinión de los agentes, ya que esta conexión entre el sentido subjetivo y la acción cotidiana dependería de la existencia de posibles mascarar metafóricas; es decir, no es lo mismo nombrar a los individuos (formas simbólicas) para comprender su papel en la vida cotidiana, que realizar acciones que se manifiestan en la interacción social concreta.

La manifestación del estigma demanda la inter-relación entre agentes, por ejemplo, los “médicos” depositan mascarar metafóricas en el otro, también lo hacen los “pacientes”, pero las acciones de discriminación sólo pueden documentarse en la interacción manifiesta en un entorno social. Lo anterior hizo pensar en que la ausencia de actos legalmente catalogados como discriminatorios, no quiere decir que exista una ausencia de estigma, sobre todo en entornos estructurados normativamente. Siendo lo anterior la razón por la que sería viable presuponer la existencia de un estigma aún en escenarios de interacción en que se presumiera un continuo de atención libre de discriminación.

Esto quiere decir, que también es viable, pensar que un estigma latente podría modificar la manera en que las personas interactúan entre sí, aunque esto no sea catalogado normativamente como discriminación. Los actos provenientes de un proceso de estigmatización no sólo se han sustentado en un plano individual, sino que trascienden a la estructura socio-relacional y funcional (institución) generando una relación interdependiente que podría representar una ruptura con los principios y objetivos de la atención médica y los resultados de salud esperados. Esto es verdad sobre todo si los agentes han estado conscientes de su papel y la normatividad que debieran cumplir dentro de una

resultados de la investigación se utilizó el término de persona viviendo con VIH/sida, acepción normativamente correcta en éste entorno social institucional, en este sentido, el propósito de hacer esta precisión es sumarse a la concepción que reconoce la calidad de personas en los agentes involucrados en la interacción.

interacción institucional, por lo que ocasionalmente utilizan estas condiciones y actúan de forma intencional con ciertos propósitos individuales, cuidándose de no caer en aquellas acciones que normativamente sean catalogadas como discriminación. (Boudon, 1981).

La investigación, desarrollada desde a perspectiva teórica del interaccionismo simbólico, **permitió explorar la interacción social en la vida cotidiana identificando si existía un estigma latente y de que manera se manifiesta en el obrar institucional de la atención medica, para posteriormente identificar de qué manera esto influye en el esquema de trato digno hacia las PVVs.** Por esta razón se buscaron las cualidades de esa interacción interdependiente (médico/paciente), para analizar la existencia o no de un estigma latente, la manera que ha modificado el continuo de atención institucional y la influencia que estas modificaciones podrían tener sobre el trato digno hacia las PVVs que se atienden en el hospital.

4. MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Para poder cumplir con este objetivo se retomó la metodología weberiana, que se insertó en la perspectiva interpretativa, cualitativa y microsociológica. Para hacer lo anterior se incorporó al objetivo de investigación el verbo “identificar” para hacer referencia a la perspectiva metodológica de la acción social, tomando en cuenta que para Max Weber el investigador social se caracterizaba por *“identificar las conexiones del sentido que los sujetos le brindan a sus acciones.* Esto quiere decir que la investigación se definió por estar dirigida hacia encontrar la congruencia entre las ideas que las personas le dan a las acciones y los actos que realizan, en el entendido de que toda acción social se ha caracterizado por tener como objeto a otras personas; es decir, contemplando obtener un resultado respecto de otras personas o su entorno (Weber, 1974).

A pesar de que Max Weber utilizó el concepto de “causalidad”, actualmente esta perspectiva ha dejado atrás la concepción de la existencia de causa-efecto a partir de la perspectiva del *individualismo metodológico*, que ha asegurado que las personas suelen actuar con intenciones individuales, realizando agregados en las obras sociales, sin sospechar que en lo sucesivo sus actos pueden dar origen a un abanico muy grande de resultados que suelen ser insospechados para los agentes en lo individual, pero que pueden sumarse de una forma compleja en un fenómeno social de grandes proporciones. Esto puede resumirse de manera muy sencilla, a partir de asegurar que cuando las personas manejan un automóvil todos los días, tienen la intención individual de trasladarse a algún punto geográfico, ya sea a sus centro de trabajo, escuelas, etc; sin embargo, ese no será el único resultado que tenga esta acción, pues a nivel social, el conjunto agregado de todos los actos individuales tendrán un efecto de composición en el fenómeno de la contaminación ambiental. Con este ejemplo se pretende señalar de una forma muy inocente, pero evidente, que las personas no manejan con la intención individual de contaminar (cuando manejan todas las mañanas no se planean el propósito de contaminar el medio

ambiente), sin embargo, no se puede negar que el resultado de esas acciones individuales agregadas puede tener un abanico de resultados entre los que se encuentra el fenómeno de la contaminación ambiental (Boudon, 1981).

Con fundamento en lo anterior y parafraseando a Weber, Boudon (1934-2013), afirmó que las acciones individuales tenían un efecto que es resultado de la acción colectiva. Por ello antes de obtener conclusiones causales erróneas, resulta importante explorar la conexión entre el pensamiento, la acción y los resultados obtenidos por los agentes. En este sentido ***el individualismo metodológico nos permitió obtener información sobre las interacciones sociales y sus efectos de composición en estructuras y funciones con arreglo a normas*** (Boudon, 1981).

Para poder realizar lo anterior fue muy importante identificar la manera en que se ha comprendido a las PVVs y la atención que reciben dentro del servicio de Medicina Familiar del HGZ.BD.IMSS. Esto llevó a la utilización de la técnica de mnemotecnia que son el proceso de asociación mental de ideas y contextos¹² a partir de palabras o micro-textos claves para el campo social en que se insertan¹³, así fue como se identificaron las palabras con las cuales los médicos y los pacientes nombran el rol institucional asignado para cada uno de ellos en su contexto cotidiano, en este caso, “médico familiar” y “paciente”. (Murcia, 2010).

Una vez que se tuvo caracterizado el contexto y las palabras con las que se nombran a los agentes involucrados en la interacción, se recabaron testimonios¹⁴ de ambos agentes (médicos y pacientes). En el caso de los médicos familiares se pudo recolectar el testimonio del 63% del personal de la Unidad de Medicina Familiar UMF 29¹⁵ y en el caso de los pacientes se recabaron 24 entrevistas, cantidad que representó el 29% del total de personas viviendo con VIH adscritas a la UMF29, que se atiendan desde un año o más y habían reportado poca mejoría en su estado clínico.

En un principio se tenía previsto que la selección de los entrevistados se realizaría a partir de la técnica de bola de nieve de Leo Goodman¹⁶, que demanda el carácter voluntario de la personas, sin embargo,

¹² Los contextos para la presente investigación son el conjunto de circunstancia que se producen alrededor de un fenómeno y se sostienen por microtextos. La investigación no es de carácter histórico, pero se debe retomar una secuencia histórica para caracterizar la construcción de los sistemas simbólicos estigmatizadores. La recopilación de información para asociar ideas a palabras mencionadas en el pasado se restringe en publicaciones hemerográficas y bibliográficas debido a que son fuentes y evidencias de los contextos que han definido los treinta años de la epidemia.

¹³ Microtextos: Se busca en una serie de palabras la evidencia de contextos más amplios que nos permitan identificar como ha sido la atención hacia las personas que viven con VIH. Una persona puede hacer una asociación simbólica de los contextos en que se ha brindado la atención hacia personas que viven con VIH, solo con escuchar la manera en que se dirigen hacia el virus, las personas o los agentes que atienden a los pacientes.

¹⁴ Un testimonio es una acción declarativa en la que se expresa la opinión genérica de las ideas, experiencias y condiciones de atención de los médicos y los pacientes.

¹⁵ Cada expediente debe contener un cuestionario semi-estructurado con base a las herramientas, así como el testimonio, la información que ampare su experiencia y el análisis del mismo. Es probable que se busquen fuentes de fecha de diagnóstico, carnet o recetas médicas que registren constancias, recomendaciones y testimonios de otras personas en su entorno.

¹⁶ Una vez recolectado un testimonio se pide al entrevistado que recomiende a otro usuario para la entrevista, de esta manera la bola de nieve crece hasta que el patrón de información es constante y sostenido. Es común observar que el patrón de información se vuelve constante y sostenido al recolectar 25 testimonios en promedio.

las autoridades del HGZ.BD.IMSS, decidieron apoyar el estudio solo bajo condiciones de muestreo específicas y controladas; aspecto metodológico que se explicará con mayor detalle en el capítulo tres de la presente investigación, pues los criterios de muestreo y la logística de recolección de información tuvieron una afortunada modificación.

Para convertir el marco conceptual del interaccionismo simbólico en un enfoque de trabajo práctico se utilizó el “Diagnóstico Comunitario Participativo (DCP)” Paquete de herramientas (DCP)” del International HIV/AIDS Alliance y Colectivo Sol A.C., especialmente las herramientas que se nombraron como “Personaje Típico” (PT) y “Camino a la salud” (CS) debido a que su objetivo fue observar las barreras de atención y maltrato que las personas enfrentan para tener acceso a los servicios de salud sexual¹⁷ (International HIV/AIDS, 2009). Este instrumento se utilizó asoció a cada uno de las tres objetivos específicos, aunado al esquema de Salud, Dignidad y Prevención Positiva, de la siguiente manera:

1. **Identificación de acepciones o metáforas de los agentes.** Se recabaron testimonios de ambos agentes en grupo y en entrevista semi-estructurada utilizando la herramienta de “Personaje Típico” que se aplicó a ambos agentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 29. Esto se realizó con el objetivo de conocer las ideas concretas *a priori* que los médicos y los pacientes tenían en su vida cotidiana sobre el VIH/sida¹⁸ (International HIV/AIDS, 2009).
2. **Cumplimiento o modificación del flujo continuo de atención.** En segundo lugar, se recolectó evidencia del flujo continuo de atención ideal de la atención hacia las PVVs. Para identificar el continuo de atención, fue importante indagar sobre la percepción de los agentes sobre el procedimiento de atención ideal que las personas deben realizar al interior del servicio médico. Para esto se retomó el “Diagnóstico Comunitario Participativo (DCP), especialmente la herramienta “Camino a la Salud” con el propósito de captar el tránsito o camino de atención integral de acuerdo a la percepción de médicos familiares y personas viviendo con VIH/sida (International HIV/AIDS, 2009).

¹⁷ El DCP es un manual producto de la experiencia de más de cuatro años de trabajo de capacitación y aplicación de herramientas para el diseño de proyectos basados en diagnósticos comunitarios participativos, por miembros del Programa Colaborativo Alianza México; a partir de 1998 que tuvo como objetivo el incremento de la capacidad programática e institucional de organizaciones civiles con trabajo en VIH/SIDA.

¹⁸ El DCP es un manual producto de la experiencia de más de cuatro años de trabajo de capacitación y aplicación de herramientas para el diseño de proyectos basados en diagnósticos comunitarios participativos, por miembros del Programa Colaborativo Alianza México; a partir de 1998 que tuvo como objetivo el incremento de la capacidad programática e institucional de organizaciones civiles con trabajo en VIH/SIDA.

3. **Análisis singular del marco del trato digno en SDPP.** Para realizar este análisis de la estructura situacional se establecieron conexiones verosímiles entre las metáforas, el continuo de atención y el trato personal durante la atención, esto se realizó mediante la revisión de los testimonios recolectados a nivel general, contrastándolos con información genérica obtenida de la revisión de expedientes médicos que fueron explorados por un residente médico, quien nos proporcionó la información necesaria y contrastó con los testimonios sus resultados. Como se menciona en la introducción, para caracterizar el trato se pensó en el concepto de dignidad de la perspectiva de “Salud, Dignidad y Prevención Positiva” como el marco que permitió obtener características del trato digno a partir de un análisis singular de la estructura situacional.

En resumen, una vez que se contó con los personajes típicos, la información del continuo de atención en las herramientas del DCP; se procedió a su sistematización y análisis singular en el que se contrastaron las características de la interacción interdependiente con el marco de trato digno que se debiera proporcionar a las PVVs. La presente investigación no tuvo como propósito construir un concepto propio de trato digno, por el contrario se buscó contrastar los componentes de Salud, Dignidad y Prevención Positiva que ha conseguido insertar componentes de dignidad en la acción social calculada¹⁹ de la Respuesta al VIH/sida hacia las PVVs.

5. HORIZONTE CAPITULAR DE LA INVESTIGACIÓN

Para poder brindar una secuencia y un amplio panorama de la investigación en el presente documento, se pensaron cinco capítulos cuya finalidad fue minimizar el margen interpretativo la tesis, haciendo precisiones sobre varios aspectos que estaban involucrados en el transcurso de toda la investigación. En cada capítulo se desarrollaron temas y subtemas que brindaron un orden lógico a partir de su subordinación semántica y metodológica, agregando un pequeño apartado llamado “reflexión capitular” que presenta de forma sintética los contenidos discutidos en cada capítulo (Dieterich, H. 1996).

Se pensó que la primera parte del documento diera cuenta de los antecedentes que enmarcaron el análisis. En la segunda parte se analizaron los conceptos teóricos y la metodología que sirvieron para cumplir el objetivo general de la investigación. Y por último se establecieron puntos de coincidencia entre los antecedentes, el marco teórico/metodológico y la información recolectada, brindando un recorrido por temas y subtemas centrales del estudio; cumpliendo con los objetivos específicos.

¹⁹ Sin duda que la perspectiva filosófica y jurídica de las OSC integradas por personas que viven con VIH/sida puede ser ampliamente discutida y ser objeto de una re-significación, sin embargo, ese no es el propósito de la presente investigación, toda vez que lo que se busca en este estudio es identificar que tanto la interacción dentro de la atención integra en los servicios de salud se ajusta a la concepción de dignidad que ya se encuentra reconocida a nivel filosófico y jurídico en las disposiciones oficiales de respuesta al VIH/sida.

El primer capítulo, fue por lo tanto, un encuadre contextual, para dar cuenta de ciertas circunstancias que deben ser recordadas de manera indispensable para sostener un argumento sobre la perspectiva de Trabajo Social, en la que se ubicó la presente investigación. Cabe mencionar que en el IMSS la profesión de Trabajo Social, ha contado con una amplia legitimidad funcional, sin embargo, este ejercicio resultó pertinente ante las diversas acepciones²⁰ que rodean a la profesión y para describir el enfoque desde el que se presentó la tesis.

Aclarando que no se trata de una investigación epidemiológica, histórica, ni jurídica, para dar cabida a la exposición de la problemática de interacción dentro del HGZ.BD.IMSS, resultó importante brindar un panorama preliminar sobre los aspectos clínicos del VIH/sida, así como las acciones jurídicas, de gestión mundial y salud que han ayudado a consolidar los Programas Nacionales de Respuesta para la Epidemia de VIH/sida, además de su marco normativo en México y la situación de atención integral en el hospital; por lo tanto, el segundo capítulo del presente documento expuso la anterior información.

Para dar cuenta de la lógica teórica y metodológica con la que se pretendió comprender la influencia de la interacción médico/paciente sobre el trato digno hacia las personas viviendo con VIH/sida, el tercer capítulo retomó los aspectos teóricos y metodológicos para dar cuenta de las definiciones de estigma, interacción y efectos de composición, entre otros; que ayudaron a concretar un marco de trabajo práctico para abordar la investigación de campo en el HGZ.BD.IMSS.

En el cuarto y quinto capítulo se presentaron los resultados del trabajo de campo acompañado de la interpretación de los informantes. En esos capítulos se pudo dar cuenta de los significados metafóricos que construyen el juego intersubjetivo de los agentes, lo que proporcionó una visión para comprender la estructura situacional de la interacción médico/paciente.

²⁰ Desde la perspectiva lingüística, una *acepción* hace referencia a la posibilidad del estado polisémico de una palabra o frase, en el entendido de que éste puede tener diversos significados acorde al contexto en que se utiliza. De esta manera el término de acepción en la presente investigación tiene la finalidad de indicar la conexión de las palabras con su contexto. En el entendido que la profesión de Trabajo Social tiene multiplicidad de significados y a su vez el “*quehacer*” profesional se puede pronunciar a partir de diversos nombres, resulta importante hacer la aclaración de la perspectiva profesional en la que se gesta a presente investigación.

CAPÍTULO I. EL TRABAJO SOCIAL DEL CAMBIO

Mary Richmond en su libro “Caso Social Individual”, señalaba la necesidad de un “asistente” que se caracterizaba por emplear técnicas para la adaptación de las personas a su medio social. Richmond mencionó la existencia de dos tipos de asistente social, por un lado, el que utilizaba técnicas que podían ser aplicadas de forma “inconscientes” cuya implementación estaba en el ámbito de los saberes locales y culturales. Por otro lado, existían quienes se distinguían por el empleo de técnicas profesionales “científicas” cuyo mérito radicaba en disciplinar sus acciones con base en supuestos surgidos de evidencia racional con enfoque social (Richmond, 1977).

Desde entonces el “quehacer” del Trabajo Social se ha dividido entre profesionales que utilizan técnicas que desde una lógica biológica, médica, jurídica, psiquiátrica, etc., podrían obtener un resultado social y otros cuyas acciones se fundamentan en saberes que se adscriben en “la lógica de lo social”. Ambos profesionales han representado un campo profesional y científico en sí mismo validado, prueba de ello, es la necesidad de un empleador de contar entre su personal con alguno de ellos. Esto se ha sostenido y responde, como diría Weber, en un orden legítimo, que se ha manifestado en la existencia de un profesional que se ha podido sostener por medio de un ingreso en diferentes instituciones por todo el mundo.

No cabe duda entonces de la legitimidad de la profesión, ante la posibilidad de que un egresado de cualquier escuela de Trabajo Social pueda insertarse en el ámbito laboral, sin embargo, aun puede cuestionarse la génesis de esta legitimidad. Para Weber una profesión no ha adquirido su legitimidad por la ejecución de una técnica o acción específica; para él una profesión típica ha consistido en un acto de obediencia personal, pues demandaba el vínculo entre un acto volitivo cuasi-religioso que consagrara su obediencia a un principio superior. En el caso de Trabajo Social el principio superior se encontraba en la existencia subjetiva de la “sociedad” misma, como un orden legítimo que se ha construido de forma colectiva (Weber, 2012).

Una persona podría no tener los conocimientos curriculares de la educación formal (como aseguraría Mary Richmond), y aun así, de manera inconsciente, realizar trabajo social. Por el contrario podríamos encontrar personas ostentando un título académico de Trabajo Social, pero en su “quehacer” cotidiano no subordinarse a ningún principio ligado a “la lógica de lo social”, utilizando el título profesional solo para insertarse en la estructura de la división de trabajo existente en nuestros días. Esto también lo comentó Carlos Montaña:

“Parece difícil aceptar la tesis de que la legitimidad del servicio social recaiga en la “especificidad” de su práctica. Especialmente en momentos en que espacios tradicionalmente ocupados por asistentes sociales están siendo hoy disputados por sociólogos, psicólogos, terapeutas familiares y hasta profesionales no ligados directamente a lo “social”; agrónomos, arquitectos, médicos, entre otros” (Montaña, 2000: 44)

Con base en esta problemática fue necesario hacer explícito en qué tipo de “quehacer” del Trabajo Social se inserta la presente investigación, revisando las dos tesis centrales sobre la génesis de la legitimidad profesional de Trabajo Social. En primer lugar, la tesis que encontraba la fuente de la legitimidad de forma “endógena”, es decir en su consolidación como forma de ayuda profesional. Esta tesis se fundamentó en la idea de acepciones de Trabajo Social que se han consolidado a partir de un proceso histórico gremial. El término de acepciones nos permitió indicar la existencia de diferentes formas simbólicas útiles para los trabajadores sociales, que les permitieron adscribirse a una “lógica de lo social” con significados concretos, que han sido adoptados de forma colectiva en contextos específicos. En este sentido el presente análisis coincide con el Mtro. Eli Evangelista, pues señaló que el Trabajo Social:

“...primeramente aparece como un quehacer vinculado a la asistencia social, cuyo objeto es asistir al necesitado; posteriormente se reconoce una orientación técnica que le imprime al trabajo social una caracterización instrumental cuyo objetivo se circunscribe a ofrecer una gama de apoyos institucionales (...) y finalmente surge un enfoque que hace referencia a la acción dirigida a transformar (...) los entornos naturales y sociales” (Evangelista, 2009: 14)

La importancia de las definiciones creadas para dar cuenta de un “quehacer” del Trabajo Social depende de su adherencia a una acepción de la profesión construida de forma colectiva, esto es importante, pues al no hacerlo se corría el riesgo de incluir dentro de las proposiciones escritas (definiciones) de Trabajo Social conceptos polisémicos de diversas disciplinas sociales que podrían resultar problemáticas para la propia profesión y para el “quehacer” social mismo.

A esto se refirió la segunda tesis de la legitimidad que ha identificado que la profesión se encontraba legitimada de manera “funcional”, por el papel que cumple la profesión en la división de trabajo, es decir, se encontraba legitimada por la función operativa determinada por el empleador. Al estar ampliamente institucionalizada en campos como la educación y la salud es evidente la existencia de un trasfondo histórico, que remite a un proceso de legitimación en que el quehacer del Trabajo Social fue aceptado entre las instituciones encontrando en ellas un nicho laboral (Montaño, 2000).

Desde la perspectiva de la segunda fuente de legitimidad, el trabajador social resultaría ampliamente útil al orden político-económico establecido. Marilda V. Lamamoto en su libro “Servicio social y división del trabajo” comentó que la legitimidad del Trabajo Social ha recaído en el surgimiento de la profesión como amplificador del alcance de las instituciones sociales del siglo XX, consolidándose junto con los monopolios de las políticas asistenciales en instituciones de los Estados Nación, herramientas de la clase burguesa capitalista, que ostentaban el conocimiento científico para mejorar los beneficios sociales de su población.

Ambas fuentes de legitimidad podrían ser correctas o incorrectas, lo cual depende del contexto en que nos ubiquemos. Aún al principio del siglo XX podríamos encontrar trabajadores sociales que

reclamaban la asistencia como el ámbito funcional de la profesión, de la misma manera que aún existen quienes reclamaban un quehacer del Trabajo Social que ha estado más asociado a una acción técnica auxiliar de otras disciplinas. Ambas acepciones han coexistido en el mismo espacio-tiempo, con grupos que han relacionado la construcción de una profesión con un enfoque que reclama para sí el “cambio social” y que en América Latina, por ejemplo, es ampliamente funcional en algunos círculos académicos de formación superior.

Debido a lo anterior, identificar ¿Cuál de ambas formas de legitimidad, endógena (trabajador social/usuario) o funcional (trabajador social/empleador), tiene mayor peso para el “quehacer” de esta profesión en contextos históricos y concretos?, es sumamente importante para la realización de una investigación en Trabajo Social, debido a que de ello dependería la pertinencia de sus aportaciones de estudio, incluso resultaría pertinente si se pretende identificar otra fuente de legitimidad profesional.

Cabe señalar que la respuesta a la anterior pregunta no se podría agotar en este capítulo, sin embargo, aclarar este dilema, es pertinente para delimitar la perspectiva de Trabajo Social de la que partió la presente tesis. En este sentido, resultó pertinente aclarar que éste capítulo no pretendió construir un argumento histórico sobre Trabajo Social, por el contrario, sólo se pretendió hacer un ejercicio mnemotécnico, para dar cuenta de ciertas circunstancias indispensables para sostener un argumento sobre el quehacer del trabajador social.

Se buscó hacer hincapié en la complementariedad de ambas fuentes de legitimidad, tanto en el proceso de institucionalización del Trabajo Social como en el surgimiento de las acepciones de la profesión. Por lo tanto, el presente capítulo contó con un trasfondo contextual desarrollado a manera de narrativa que permitió enfatizar la importancia de ambas tesis de legitimidad (funcional y endógena). Con esto se pudo identificar en todo momento las dicotomías sobre acciones de apoyo social que fueron fuente de diversas discusiones con las que ha lidiado la profesión.

I.1. LAS ACEPCIONES DE TRABAJO SOCIAL

El Trabajo Social fue el resultado de un proceso de construcción colectiva, este proceso fue constituyendo acepciones que han dado origen a acciones comunicativas que manifestaron un sincretismo conceptual altamente contradictorio. Esto quiere decir que el proceso de construcción profesional definió el quehacer de Trabajo Social a partir de los análisis de los objetos de estudio, agentes, acciones, métodos, identidad, objetivo, etc., que han ido modificándose a partir de las contribuciones de las disciplinas en ciencias sociales que respaldaron su acción profesional y hasta su carácter científico.

Siendo poco pertinente confundir una acepción de Trabajo Social con una definición, la última podría construirse a partir de una proposición escrita, sin embargo, esa afirmación, siempre permitiría

identificar su adscripción contextual, característica fundamental de una acepción. Tampoco sería pertinente confundirla con una metáfora, por ejemplo, en muchas ocasiones ha sido recurrente emparentar las acepciones de Trabajo Social con la historia de las formas del apoyo social, por ejemplo en el caso de la caridad o la beneficencia para caracterizar los antecedentes evolutivos del Trabajo Social.

Sin embargo, en esos casos no se ha tomado en consideración que el quehacer del trabajador social solo se ha adscrito a un principio superior que le brindó sentido a sus actividades en un momento histórico-concreto, lo que no significó que esa forma de apoyo social fuera la forma endógena inamovible del Trabajo Social, por ejemplo, la caridad ha tenido como principal fuente de sentido la obediencia a preceptos religiosos de ayuda al prójimo y no un principio supremo surgido de las concepciones de las disciplinas sociales. Así es como se ha revelado el carácter metafórico interpretativo de estas aseveraciones, vistas desde la óptica de las acepciones, pues si bien la caridad ha sido una forma simbólica de apoyo social digna de estudio del trabajador social, no es en sí misma un antecedente de la profesión. Cuando hablamos de una acepción, el término remitió a una forma simbólica subjetiva originada, usada y alimentada por un contexto a manera de momento socio-históricos por los cuales se produjeron definiciones dotadas de sentido (Thompson, 1997).

Norberto Alayón ha dado cuenta de 140 definiciones diferentes entre los años 1956 y 1986, periodo en que fue institucionalizada una gran cantidad de organizaciones de enseñanza de Trabajo Social en América Latina. Como resultado de un análisis realizado en 21 países y 7 instituciones gremiales de trabajadores sociales se identificó que las definiciones caracterizaron el quehacer del Trabajo Social como una praxis, arte, actividad, técnica, tecnología, profesión, ciencia y/o disciplina (Alayón, 1987).

El resultado de la existencia de esta gran cantidad de definiciones del Trabajo Social dio origen a una problemática interpretativa sobre su identidad, estudio, ejercicio, metodología, conocimientos y propósito colectivo. Incluso han existido autores que pusieron en duda la vocación científica de la profesión, que desde estas ópticas, han dejado al Trabajo Social sin un “quehacer” consolidado que le marque objetivos académicos o laborales.

Sin embargo, para Carlos Montaña la diversidad de acepciones que acompañan al Trabajo Social, no representan un proceso de consolidación profesional a la usanza de las ciencias naturales, es decir, no se ha tratado de una transición evolutiva de la pre-técnica a la anhelada disciplina científica. Es verdad que las acepciones han sido resultado de un desarrollo cognitivo colectivo con transformaciones y re-significaciones que han estado conectados con el contexto social del que surgen y en el que operan, pero las definiciones y expresiones de la multiplicidad interpretativa de los trabajadores sociales han coexistido en un mismo espacio-tiempo. (Montaña, 2000).

Bajo esta lógica el Trabajo Social no fue un monolito de acuerdos, por el contrario fue una profesión en que convergen múltiples perspectivas teóricas y disciplinarias. Para Montañó en esto ha residido su fortaleza y no su debilidad, siendo éste un elemento atribuible a todas las ciencias sociales. La pluralidad teórica sobre “lo social” ha permitido dar cuenta de diferentes fenómenos que preocupan en contextos concretos. Ninguna acepción ha sido inequívoca, siendo cierto que una acepción que sería pertinente y valiosa en un contexto cualquiera, en otro contexto que no vio su génesis podría, sería inconmensurable. El Mtro. Eli Evangelista nos comentó:

“El Trabajo Social no es la continuación ni el producto evolutivo de las formas de apoyo social (...) es necesario advertir su construcción filosófica, histórica y teórico-metodológico a partir de un encuadre político y de un proceso disciplinar autónomo -mas no aislado- de las modalidades de ayuda social marcadas por la voluntad o por los principios morales” (Evangelista, 2009: 10)

Si bien el Trabajo Social ha podido ejercer el apoyo social, esta no ha sido de forma intrínseca la distinción de la profesión, lo que no significa que no se haya convertido en una acepción a partir de la construcción colectiva requerida en un contexto específico. La inconmensurabilidad entre acepciones de Trabajo Social y las disputas por implantar una definición hegemónica académica y laboral no podrían demeritar su quehacer profesional, pero tampoco incrementarían su prestigio al no ser administrada como saber y sí como dogma.

Las dicotomías presentes entre acepciones dentro de las ciencias sociales han hecho más evidente la relevancia del quehacer social en el sistema de interacción existente. Cada acepción de Trabajo Social fue la expresión de contextos y procesos socio-históricos específicos, en lugares, situaciones y por su puesto entre personas, quienes las produjeron, recibieron y usaron. Para identificarlas es necesario buscar y descifrar patrones de significado dotados de sentido, mismos que forman parte de contextos en que las acepciones se construyeron y re-construyeron (Thompson, 1997).

I.1.1. El inicio de las dicotomías

Recurrentemente se ha hablado de la caridad y la beneficencia como antecedentes evolutivos del Trabajo Social, sin embargo, en ninguna de estas formas de apoyo social se pudo ver una noción clara sobre un profesional que consagrara su actuar al quehacer social como principio superior, además de que ambas formas de apoyo social fueron, por mucho tiempo, contradictorias entre sí, debido a que representaban intereses encontrados en el contexto en que surgieron. La secularización que implicó un proceso de transición histórica de un estadio de influencia religiosa, hacia uno laico o civil; surgió de la Reforma Protestante (1517), la Revolución Francesa (1789-99) y la Revolución Industrial en Inglaterra (1820), eventos que marcaron el contexto en que ambas expresiones de apoyo social emprenderían una encarnizada competencia por la hegemonía del apoyo a los “pobres” y “desprotegidos”.

“...la ruptura con el tradicionalismo económico da la impresión de ser el excepcional momento propicio para que en el espíritu surja la duda ante la tradición religiosa y decida enfrentarse a las autoridades impuestas (...) sustituir un poder (...) próximo a lo puramente clásico, por otro que debería intervenir con mucha más intensidad en todos los ámbitos de la vida pública y privada, estipulando una regulación onerosa y con meticulosidad en la conducta personal...” (Weber, 2012: 24)

Para Weber, la beneficencia, impulsada por la secularización incluía una ética protestante, es decir una serie de críticas al poder eclesiástico y a sus formas de proceder con los ricos y los pobres. La Iglesia católica era un lastre para el desarrollo secular al considerar la usura como pecado y ostentando la caridad como una forma de encontrar el camino a la salvación espiritual. Muy pronto el dilema de los “pobres” fue acceder a un apoyo caritativo o benefactor, mismo que se convirtió en un fenómeno a nivel mundial, que aún existe en algunos países de América Latina, como México. Es claro que para los Estados seculares la caridad católica fomentaba los principales males comunes como la mendicidad, la vagancia y los vicios; mismos que se debían castigar, de tal manera que los bienes (materiales y culturales) de la industrialización debían permear la vida pública, por lo que se promovía la virtud común, cívica y el trabajo (Weber, 2012).

Blumenberg por su parte aseguró que el proceso de secularización fue autónomo y no determinado en contra de la fe cristiana, por lo que el Estado secular emergente promovió el bien público y privado con base en un nuevo orden civil y económico. Esta teoría colocó a la beneficencia como un postulado basado en el sentido de la obediencia civil, que Weber consideró como protestante y anticlerical, pero que en muchas sociedades como la latinoamericana se asumió como un movimiento autónomo que quería el progreso de las condiciones de vida civil, sin que esto significara necesariamente, un divorcio total con la iglesia católica (Rivera, 2012).

La iglesia católica por su parte promovió la obligatoriedad de la caridad entre la comunidad eclesiástica, haciendo invitaciones recurrentes a los ricos católicos a compartir sus riquezas con aquellos quienes más lo necesitaban, pues afirmaba que el único límite posible a la avaricia era la obediencia espiritual, en este sentido la iglesia se apoyó en diversos dirigentes que realizaron organizaciones con el propósito de combatir el problema de la desaparición de los gremios de artesanos, quienes eran avasallados por la nueva industria. También buscaban proteger las malas condiciones en que caían aquellos que perdían sus medios de subsistencia, de ahí que los ricos tenían la obligación moral y religiosa de apoyar al necesitado. La caridad tenía como principio la obediencia a un principio religioso de ayuda al prójimo, en virtud de la promesa de una prominente vida espiritual.

Las organizaciones eclesiásticas y seculares se disputaban las aportaciones filantrópicas, pues de una forma paralela surgieron las cofradías, dispensarios, hospicios, escuelas, centros penitenciarios y hospitales, mismos que se construían en todo el mundo. Siendo su principal fuente de diseminación,

aquellas naciones en que se gestó esta discusión y cuya industrialización crecían a pasos gigantes. En este contexto apareció el obrero y con él, la filosofía social separada de la filosofía política y económica. Esta filosofía constituyó una tercera vía para la creación de nuevas organizaciones, que financiadas tanto con presupuesto público como privado, se dedicaron a la asistencia de las personas oprimidas, marginadas y empobrecidas.

I.1.2. El trabajo social incorporado a las actividades asistenciales.

En Estados Unidos después de la Guerra Civil de 1861-1865 se pudo identificar la implementación de un sistema más consolidado de apoyo a los pobres y desprotegidos que se caracterizaba por destinar un gasto público a las actividades de “protección” a las personas beneficiadas por los movimientos abolicionistas, las personas empobrecidas por los cambios industriales y afectadas por la guerra. Instituciones como la Comisión de Salubridad de EE.UU. (U.S. Sanitary Commission) y la Secretaría de Hombres Libres (Freedmen’s Bureau) fueron ejemplo de un naciente sistema asistencial que estaba absorbido por los Estado de la Unión quienes para entonces buscaban hacer posible la anulación de leyes, preceptos o costumbres que favorecían la esclavitud (Miranda. 2003).

Sin embargo muy pronto en Estados Unidos se enfrentaron a otros fenómenos sociales relacionados a la industrialización de Europa, tales como las crisis económicas, los movimientos migratorios y las guerras mundiales; por lo que proliferaron organizaciones que engendraron dos estilos de apoyo social que para entonces se encontraban más emparentadas con el “Welfare” estadounidense que con la caridad católica tradicional. En su mayoría provenientes de Inglaterra encontramos el movimiento conocido como “scientific charity” o la “caridad científica” que tenía como propósito la caridad individual y en contra posición se engendró otro movimiento de ayuda, llamado “settlement”, que sugería como propósito el apoyo civil mutuo (Miranda, 2003).

Desde finales del siglo XIX el movimiento “scientific charity” tenía como principio el “Self-realice” y el “self-help”, que podría ser traducido como autorealización y autoayuda. Adscrita a este movimiento la Sociedad de Organizaciones de Caridad (COS, Charity Organization Society) en EE.UU. se estableció en la ciudad de Buffalo, Nueva York en 1877 introducida por Josefine Lowell, quien afirmaba que las personas debían de recibir una ayuda equilibrada para conducirlos a encontrar el mejor camino; que para ella era “ayudarles a ayudarse a sí mismas”. A la usanza de la beneficencia declaraba que el “ocio” era la causa de la pobreza y que los visitantes amistosos debían propiciar la autoayuda a las personas necesitadas (Tannenbaum. 2002).

“la expresión “caridad científica” no alude aquí a la incorporación de teorías científicas procedentes de las ciencias sociales, que todavía están por nacer, sino a la incorporación de técnicas gerenciales, las mismas que se aplicaban en las empresas capitalistas tratando que su gestión fuese lo más racional y eficiente posible” (Miranda, 2003: 114).

Si bien las organizaciones religiosas de caridad llegaron de Europa, específicamente de Inglaterra, fue en Estados Unidos en donde se incorporaron diversos objetivos y nuevas metodologías laicas. Organizaciones como la Asociación para el Mejoramiento de las Condiciones del Pobre (Association for the Improvement of the Condition of the Poor) y la Sociedad de Ayuda a los Niños (Children's Aid Society) empezaron a investigar desde una perspectiva científica las condiciones sociales presentes en casas de pobres (Poor Houses), y entre las familias estadounidenses (Tannenbaum. 2002).

Sin embargo, muchas de las personas apoyadas a partir del self-realice no estaban dispuestas a dejar entrar a sus viviendas a las visitadoras familiares, de tal manera que algunos grupos como judíos y afro-estadounidenses en particular, prefirieron los sistemas de asistencia mutua acorde a normas establecidas en sus propias comunidades. En este sentido, los "settlement houses" provenientes también de Inglaterra, ofrecían un apoyo más enfocado a la problemática social surgida por la industrialización, fomentando las libertades políticas y sociales de la "Urban Mision". La primera casa settlement en Estados Unidos, denominada Gremio del Vecindario (Neighborhood Guild) se estableció en la ciudad de Nueva York en 1886 y tres años después, Jane Addams y Ellen Gates Starr fundaron la "Hull House" en Chicago²¹ (Miranda, 2003).

Mientras que la COS se caracterizó por ser la corriente que centraba en el individuo la responsabilidad de salir de la pobreza; los "sentlements" se enfocaban en causas ambientales comunitarias y urbanas, pues pensaban que los estragos de la industrialización se podían combatir a partir de generar oportunidades de empleo, por lo que resultaba sumamente importante realizar investigaciones, sistematización de la impartición de justicia, solicitar programas específicos de pensiones, salud y educación.

La noción de Trabajo Social, surgió primero como un movimiento de base comunitaria subordinado a profesiones consolidadas, posteriormente se fue complementando con una visión propia del apoyo filantrópico para consolidar incluso centros de enseñanza que impartieran su forma particular de apoyo social. Esta visión permeó las instituciones de asistencia como una profesión auxiliar, de ahí que se habló de un Trabajo Social para-médico o para-jurídico. Los programas educativos sobre apoyo social comenzaron a surgir desde estas organizaciones, por ejemplo, el programa establecido por el COS de Nueva York en asociación con la Universidad de Columbia se convirtió en la Escuela de Filantropía de Nueva York y eventualmente pasó a ser la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Columbia.

²¹ Algunas de esas organizaciones fueron la Asociación Gremial de Mujeres (Women's Trade Union League), la Asociación Nacional de Consumidores (the National Consumers' League), la Liga Urbana (the Urban League), y la Asociación Nacional para el Avance de las Personas de Color (the National Association for the Advancement of Colored People, NAACP), la American Liberties Unión. La American Sociology Asociatiion, de las cuales Jane Adams fue miembro, fundadora y cuyos líderes contribuyeron a establecer y penetrar la lógica de los social en las instituciones de asistencia como la Secretaría Federal de Niños (the Federal Children's Bureau) en 1912 y el Hospital General de Massachusetts en 1905.

Los settlements, como el Común de Chicago (Chicago Commons) también desarrollaron programas de educación desde 1901, éste ofreció un programa completo en la Facultad de Cívica y Filantropía, que se convirtió en la Facultad de Administración de Servicios Sociales de la Universidad de Chicago. La Hull House sirvió también como institución sociológica para mujeres. Addams fue amiga y colega de los primeros miembros de la “Chicago School of Sociology” sobre los que influyó con su sociología aplicada. Trabajó junto a George H. Mead y fue una de las autoras de los Hull-House Maps and Papers en 1893, que definieron los intereses y la metodología de los Escuela Sociológica de Chicago (Tannenbaum. 2002).

La caridad científica y los settlements, que en Estados Unidos tenían afinidad al “Welfare” del sistema estadounidense, se incorporaron a un conjunto de organizaciones asistenciales locales y estatales con recursos provenientes en su mayoría de la filantropía y el financiamiento público. Así es como en Estados Unidos el Trabajo Social se legitimó desde la perspectiva de la especificidad profesional, es decir, se legitimó desde su dimensión endógena y en lo sucesivo, su “quehacer” profesional se consolidaría como una alternativa válida dentro de la división de trabajo institucionalizada (Miranda. 2003).

Un ejemplo claro de lo anterior es la introducción del Trabajo Social en el medio hospitalario en el que la experiencia del Dr. Richard Cabot, quien mantuvo los pagos de trece trabajadores sociales durante 12 años para incorporar en la institución médica la colaboración de Trabajo Social para la atención de pacientes con enfermedades crónicas; fue un ejemplo de la legitimidad endógena que surgió de organizaciones de base social y que se incorporó posteriormente a las instituciones del momento. Cabot estudió filosofía en la Universidad de Harvard antes de cambiar a la medicina, admiraba el trabajo de Teddy Roosevelt y Jane Addams por lo que después de completar sus estudios en 1892 se incorporó al departamento de atención ambulatoria en el Hospital General de Massachusetts²² (Dolors, 2008).

En 1905, Cabot incorporó a los trabajadores sociales en el medio hospitalario, entre ellos a Ida Cannon quien se desempeñó posteriormente como Jefe de Trabajo Social en el Hospital. Cabot y Cannon fueron incorporando muchos programas para mejorar la salud de los pacientes, incluyendo clases de arte para pacientes psiquiátricos, comidas de bajo costo y la investigación sobre factores sociales de grupo y comunidad que aumentaban la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas. De esta manera muchas de las iniciativas del Trabajo Social urbano ya existentes entre las iniciativas sociales estadounidenses se fueron incorporando a las funciones asistenciales que comenzaban a legitimar al

²² En este departamento las salas de consulta externa asistían a las personas que no podían pagar el tratamiento hospitalario, sobre todo en el caso de tratamientos de enfermedades crónicas incurables como era la tuberculosis. Cabot diseñó una nueva forma de prestación de la consulta externa desde la perspectiva de la complementariedad entre la salud fisiológica y la salud social, pues pensaba que muchos de los problemas de salud estaban relacionados a las condiciones insalubres, de hacinamiento y migración determinados por problemáticas económicas, sociales, familiares y psicológicas de los pacientes.

Trabajo Social como una profesión con conocimientos y técnicas dignas del servicio público y privado (Dolors, 2008).

I.1.3. El Trabajo Social como profesión.

La enseñanza de Trabajo Social y su inserción institucional se comenzó a realizar sobre la base de un quehacer práctico y auxiliar de otras profesiones pues para ese tiempo no comprendía un programa estructurado. Por lo que en 1915 el Dr. Abraham Flexner realizó una conferencia con el nombre “¿Es el Trabajo Social una Profesión?” en donde se afirmó que esta rama de estudios carecía de precisión y capacitación técnica por lo que no podía considerarse una profesión (Richmond, 1977).

Es en esta discusión donde se inserta el trabajo de Mary Richmond quien conocía a George H. Mead y pertenecía a la COS desde 1889, en donde estudió sociología, filosofía y se desempeñó como Secretaria General. Richmond en su libro “Caso Social Individual” hizo una referencia a la importancia del conocimiento especializado:

“Aún en nuestros días, tenemos la tendencia a considerar como un don natural la habilidad de asistente social que logra realizar una mejor adaptación del individuo al ambiente que lo rodea. Algunos ven en ello solamente el tipo de servicio que hace un vecino atento, pero no podemos tomar esta teoría al pie de la letra. El trabajador social debe poseer aptitudes innatas y las que le confieren la práctica a la vez. Iremos por mal camino entonces, si nos negamos a reconocer la importancia del servicio social, que desarrolla los dones naturales mediante una formación y una experiencia especializada” (Richmond, 1977: 14).

El conocimiento especializado del que hablaba Richmond, estaba relacionado con el individuo y su inserción en el medio social. Afirmaba que para el trabajador social era sumamente importante poseer el conocimiento de “lo social” que imprimía su carácter profesional que para ella estaba implícito en el concepto de “personalidad ampliada”. El carácter especializado radicaba en que toda la visión del Trabajo Social convergía hacia la noción de personalidad que representaba una síntesis entre aquellas características innatas y adquiridas del individuo. Es decir que para Richmond las cualidades individuales son inalterables y transmitidas de forma natural, sin embargo, afirmaba la existencia de otra herencia que el medio ambiente determinaba con las experiencias vividas en lo cotidiano, esto precisó que a pesar de que el individuo sufriera una pérdida económica, moral o de salud, la personalidad se mantenía:

“Es cierto que el servicio social de casos individuales se ha ocupado y seguirá ocupándose de las cuestiones relativas a la restauración de la independencia económica individual, a la salud y a la higiene personal, así como a los problemas complejos de higiene mental, todos terrenos que tienen una relación directa con la personalidad. Pero como cada uno de estos terrenos representa una especialidad, y a veces una especialidad que requiere conocimientos profesionales distintos, el servicio social (...) Fuera de la utilidad suplementaria que pueda tener en estos campos, posee su propio campo de acción que es el desarrollo de la personalidad por la adaptación

consciente y comprensiva de las relaciones sociales. El servicio social de casos individuales es el conjunto de métodos que desarrollan la personalidad, reajustando consciente e individualmente al hombre a su medio social” (Richmond, 1977: 66)

Richmond le brindó al Trabajo Social, una fuente de legitimidad que correspondió a un sentido subjetivo anclado en una “lógica de lo social”. El quehacer del Trabajo Social, a partir de este momento, tuvo un fundamento lógico que legitimó la metodología de caso social individual que se había adoptado en la COS desde el momento en que se rompió con la caridad religiosa.

Mary Richmond estableció desde esta acepción una conexión entre la técnica endógena y la funcionalidad asistencial, consolidándose desde 1920 la investigación de caso como modalidad principal de trabajo social en Estados Unidos²³. El trabajo social individual y sus familias prosperó dentro de las instituciones de asistencia social, consolidándose como una profesión que necesitaba de conocimientos especializados en el ámbito de lo social (Miranda, 2003).

Al método de caso, se le sumó la metodología de grupo y comunidad que cobró mayor relevancia después de la gran depresión de 1929, pues se consolidó entre la población la noción de la pobreza como resultado de circunstancias económicas de un contexto y no como fracaso personal. Por lo que se comenzó a dar cabida y amplió la aceptación de la asistencia al bienestar social de grupos y comunidades como responsabilidad gubernamental fuera de las entidades privadas como los settlements u organizaciones filantrópicas.

Los cambios que se detonaron a partir de la política del “New Deal” para combatir la Gran Depresión bajo la administración de Roosevelt consolidaron un sistema nacional de bienestar social con financiamiento público que se estableció a partir de la Ley para el Seguro Social de 1935 en los Estados Unidos. Los asistentes de esta administración en especial Harry Hopkins y France Perkins fueron esenciales para consolidar la integración de la lógica de lo social en las instituciones del Estado, entre las profesiones incorporadas a nuevas actividades de la asistencia social se incluyeron en gran escala al Trabajo Social teniendo como objetivo el bienestar social (welfare), por lo que se abrieron una gran cantidad de oportunidades laborales para éstos profesionistas (Martinez-Brawley, 2000).

Durante la Segunda Guerra Mundial los principios de Trabajo Social se consagraron en los derechos que todos los seres humanos tenían sin distinción de raza, credo o sexo; mismos que se convirtieron en centrales. La dignidad humana y las libertades sociales, económicas y culturales debían de regir las políticas sociales nacionales e internacionales. Alan Arias de la Comisión Nacional de Derechos

²³ En 1927, más de 100 clínicas para asesorar problemas infantiles, se establecieron con equipos de psiquiatras, psicólogos, y trabajadores sociales que ofrecían servicios para una clientela mayoritariamente de clase media. Paralelo al desarrollo de estas clínicas se iniciaron otros movimientos como el Cofre Comunitario (Community Chest Movement), basado en el apoyo social a nivel grupo y comunidad que luego dio origen al United Way y a los Consejos de Salud y Bienestar (Health and Welfare Councils) y que cobraría mayor relevancia al momento que se desencadena la Crisis de 1929.

Humanos, parafraseando a Huntington, comenta que durante este periodo de post-guerra se puede apreciar claramente un movimiento democratizador y de refundación de los derechos humanos que trajo como consecuencia su institucionalización a nivel mundial con la Organización de Naciones Unidas (ONU) en 1945, y la firma de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) (Arias. 2011).

Desde este momento el Trabajo Social se ancló en el tema de los derechos humanos y por ende en el tema de “Bienestar Social” siendo de especial importancia la compilación de definiciones de Swithum Bowers quien aclaró que el principal objetivo del Trabajo Social y su método debió constituirse como un arte en el que la ciencia de las relaciones humanas se utilizaran para promover las capacidades individuales y los recursos de la comunidad. En este sentido se concibió que las personas, independientemente de sus características innatas y adquiridas, eran seres humanos en la medida en que pertenecieran a grupos, mismos que están interrelacionados y forman comunidades (Iannitelli, 2005).

En este momento se apreció un crecimiento de los programas para el bienestar social que obligaron el reclutamiento de miles de nuevos trabajadores sociales, quienes adoptaron la metodología de caso, grupo y comunidad, haciéndose de mayor diversidad “funcional” y legitimando la profesión de una manera definitiva entre los empleadores. Lo anterior se reforzó en Estados Unidos ante los retos profesionales de las condiciones de la Guerra Fría, haciendo cada vez mayor la profesionalización de Trabajo Social con su paulatina tecnificación, que tuvo el propósito de abarcar un mayor espectro de problemáticas sociales de la época, con niveles homogéneos de acción, por lo que se desarrollaron programas de educación superior. Como ejemplo de lo anterior la Organización de Naciones Unidas ONU a través de la Comisión Económica para América Latina elaboró algunos esquemas para promover el desarrollo en la región. Dentro de los programas propuestos por el organismo internacional estuvo el otorgamiento de becas, el apoyo y la creación de escuelas de Trabajo Social, por lo que al finalizar la Segunda Guerra Mundial ya se habían impulsado 100 escuelas de Trabajo Social en América Latina, mismas que eran asesoradas por la comisión técnica de la ONU (Valero, 2013).

I.1.4. La dicotomía progreso vs liberación.

Durante la siguiente etapa de la Guerra Fría se sumaron a la DUDH las tres generaciones de derechos humanos, tal como lo denomina Karen Vazak. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la tercera generación en la década de los 80 los cuales son nombrados como derechos heterogéneos entre los que se encuentra el derecho a la vida digna y el libre desarrollo de la personalidad, entre otros. En ese periodo se engrosó la política de bienestar social de EE.UU., con lo que se destacó la creación de organizaciones que fortalecieron la profesión como el establecimiento del Departamento de Salud, Educación y Bienestar Social

(Department of Health, Education , and Welfare, HEW) en 1953 y se creó la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales (NASW, por sus siglas en inglés) en 1955 (Martinez-Brawley, 2000).

Con la creación de Organismos internacionales y políticas globales, el Trabajo Social se enfrentó a problemáticas sobre la convivencia inter-cultural y asuntos sexuales, aspectos que fomentaron una acepción de Trabajo Social intervencionista apegada al Bienestar Social, misma que se caracterizó por su enfoque tecnificador que impulsó el crecimiento de programas inter y multi-disciplinarios en diversas regiones del mundo. En América Latina, para la década de los 40s, ya existían instituciones y escuelas de Trabajo Social en prácticamente todos los países de América Latina y se solicitaban estos profesionistas en instituciones públicas y privadas que ciertas personalidades lideraban. Sin embargo, los trabajadores sociales no contaban aún con la legitimidad endógena que ya se gozaba en Estados Unidos y así fue como las instituciones desarrollaron procedimientos acordes al asistencialismo social, sin embargo, estas organizaciones contrataban a los trabajadores sociales en un lugar de subordinación directa a otras profesiones como la medicina, el derecho y la pedagogía (Valero, 2013).

Fue hasta la intervención estadounidense en la formación de los trabajadores sociales latinoamericanos que se comenzó a emprender un movimiento de profesionalización que culminó en una irrupción crítica de la metodología tecnificada tradicional de Trabajo Social que ya había ganado fuerzas en Estados Unidos. En América Latina adquirió un quehacer con arreglo a la lógica de lo social a partir de la gestación de una crítica a la metodología tradicional y la re-significación de los postulados centrales provenientes del norte del continente, esto permitió el desarrollando de postulados conceptuales, ideológicos, científicos y humanos que fueron moldeando su quehacer en el contexto latinoamericano.

Maria Himelda Ramírez mencionó que a principios de los años 50s la formación en Trabajo Social en Latinoamérica correspondía a un quehacer práctico que concebía a la profesión como subordinada a otras disciplinas como el derecho y la medicina, estando muy lejos aún de una profesión con legitimidad endógena, pues se impulsaban el quehacer auxiliar del servicio social cuyos ejemplo pueden ser el servicio social para-médico o para-jurídico. Sin embargo para esta época se comenzaba a incorporar la enseñanza de Trabajo Social en las Universidades con el propósito de generar grados mayores de profesionalización (Ramírez, 2002).

Fue hasta que se suscitó un evento inserto en el orden político mundial que América Latina y sus asuntos políticos desviaron la atención de Estados Unidos hacia la región. La Revolución Cubana de 1959 hizo que Estados Unidos volteara la mirada a lo que estaba pasando en términos políticos en los países latinoamericanos, por lo que se emprendieron cruzadas contra la pobreza y el subdesarrollo en la región, La Dra. Aida Valero comentó:

“La situación presentada por Cuba, hace acrecentar la preocupación de los Estados Unidos en relación a nuestros países, por lo que en Agosto de 1961, en la reunión celebrada en Punta del Este, Uruguay, de la CIES, el Presidente John F. Kennedy decide poner en marcha el programa tendiente a promover el desarrollo de los países latinoamericanos denominándolo “Alianza para el Progreso”. Este proyecto influyó en lo político, económico, social y consecuentemente en el Trabajo Social ya que su objetivo era atacar el subdesarrollo en nuestros países” (Valero, 2013: 14).

La acepción que se buscó impulsar en América Latina era la que había ganado amplia legitimidad endógena y funcional en Estados Unidos que constituyó la llamada perspectiva “aséptica” del Trabajo Social y que además de sintetizar en un solo método el Trabajo Social (caso, grupo y comunidad), se definía de esa manera debido a que se pretendía que los profesionales realizaran sus actividades desde una perspectiva neutral-tecnificada, es decir pretendía contar con cada vez más metodologías pero ejerciéndose como una técnica, a la usanza de la prestación de un servicio.

Las instituciones que solicitaban trabajadores sociales contemplaban entre sus actividades el método de caso, grupo y comunidad; sin embargo en el ámbito académico se gestó una crítica, por lo que diversos investigadores realizaron una serie de reflexiones respecto del quehacer profesional, la historia, la metodología y el objeto de estudio del Trabajo Social:

“El equipo de trabajo académico y editorial conocido como Grupo ECRO (Esquema conceptual, referencial y operativo), conformado ante todo por profesores universitarios de Trabajo Social de los países del Cono Sur, dentro de los cuales figuraban Ezequiel Ander Egg, Juan Barreix, Boris Lima, Natalio Kisnermann, Norberto Alayón y otros, impulsaron un proyecto de producción de literatura profesional (...) Los ensayos propuestos procuraban ofrecer una visión del Trabajo Social en los contextos sociales que explicaran su surgimiento y desarrollo, visión alternativa a la interpretación tradicional centrada en el repertorio de obras sociales y de benefactores de la humanidad.” (Ramírez, 2002: 16).

En todos los países de América Latina el Trabajo Social y su metodología tradicional fueron cuestionados desde el ámbito académico por no ser compatible con los requerimientos del contexto latinoamericano. Surgió entonces la necesidad de realizar una recopilación de experiencias, enfatizando entre los profesionales de Trabajo Social la lógica de una sociedad que debía ser transformada y libre del orden económico mundial. El quehacer del Trabajo Social debía estar orientado al cambio social y basarse en el predominio práctico sobre el teórico. De esta manera el movimiento de re-conceptualización propuso cambiar la perspectiva ideológica del bienestar social por la de la liberación social que permitiría ejercerse la profesión de manera congruente con la “realidad” latinoamericana. Como indicó la Dra. Aida Valero:

“En la II Reunión de la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Trabajo Social (ALAESS) al plantearse el problema de la reconceptualización se dijo: concebimos al servicio social como una praxis, un proceso dialéctico en que la teoría y la práctica se retroalimentan para lograr su objetivo de liberación humana” (Valero, 2013: 16).

De esta manera en las organizaciones de Trabajo Social como el Centro Latinoamericano de Trabajo Social (CELATS) se hizo muy importante el estudio de las experiencias históricas profesionales, haciendo notar que los métodos tradicionales que se caracterizaban por ejercer su quehacer a manera de servicio, tenían un importante vínculo con el orden capitalista existente en todo el mundo. El movimiento de re-conceptualización permitió que se gestara entre los profesionales de Trabajo Social una lógica de “lo social” a la cual se subordinó su acción y obediencia. Esta acepción tuvo rasgos similares en todos los países de América Latina en el entendido en que se abrió la posibilidad de cuestionar los postulados filosóficos y científicos de la metodología tecnificada aséptica y tradicional del Trabajo Social:

“En el proceso histórico de constitución del Trabajo Social como disciplina y profesión...tuvo un desarrollo importante (...) el Movimiento de Reconceptualización en cuanto se cuestionaron los tradicionales métodos de caso, grupo y comunidad, por no servir plenamente al objetivo de transformación que demandaba las condiciones de América Latina; y se construyeron propuestas que se definieron como métodos integrado, de concientización o temático, básico, único, de Araxa o Teresopolis.”(Cifuentes, 2007: 40).

Cada uno de estos métodos se gestó en países de América latina de diferente manera, pues como comenta el Dr. Norberto Alayón, sería impropio hablar de un movimiento de re-conceptualización, debido a que surgieron múltiples perspectivas de pensamiento a partir de la crítica al método tradicional. En cada uno de los países de América Latina se pudo apreciar una apropiación diferente de las diversas perspectivas del movimiento de re-conceptualización y por ende también múltiples resultados en la práctica cotidiana, pues, en tanto que en algunos países como Puerto Rico ayudó a gestar el movimiento Revolucionario, en otros como Brasil tuvo repercusiones sobre todo en el ámbito académico tras la modificación del Código de Ética, la Ley de Reglamentos de la Profesión y la Curricular Educativa (Alayón, 2005).

La Mtra. Nora Aquin, comentó que el movimiento de re-conceptualización se definió como una disconformidad política con el saber académico instalado y una crítica negativa al ejercicio profesional y las reglas profesionales que se querían imponer desde contextos diferentes a los de América Latina, así como a las reglas institucionales instaladas para su quehacer profesional. Sin embargo, ella consideró que quizá existieron tantas propuestas de re-conceptualización como “expresiones de dominio de diversas posiciones teóricas”; por lo tanto la re-conceptualización también abrió caminos conceptuales fértiles pero como parte de su capacidad fructífera abrió la posibilidad de concretar posiciones antagónicas dentro de Trabajo Social (Alayón, 2005).

El movimiento de re-conceptualización ha sido sumamente importante para la consolidación de Trabajo Social en América Latina, pues permitió consagrar a la profesión en el ámbito académico a una “lógica de lo social” que como aseguró Vicente de Paula Faleiro:

“(...) buscó una fundamentación teórica en el marxismo , aunque más bien dio por resultado formas vulgares del materialismo determinista. Afirma que sin duda el movimiento de reconceptualización tuvo un impacto en las instituciones de enseñanza de Trabajo Social, así como en sus reglas (...) por lo que tuvo un impacto en reformas curriculares. La reconceptualización persiste en estos programas curriculares que aún se debaten entre las diversas corrientes marxistas para articular una dinámica de cambio social” (Alayón, 2005: 216).

Cabe hacer la aclaración que si bien en el ámbito académico se ha conseguido concretar este vínculo con la perspectiva del movimiento de re-conceptualización y la enseñanza del Trabajo Social, en el ámbito laboral pareció estar más consolidado a la acepción asistencialista profesional de Trabajo Social misma que propició una legitimidad funcional en varios países de América Latina, lo que se debía corroborar apelando a la situación concreta de cada uno de los países.

Las variadas definiciones que han surgido a partir del movimiento de re-conceptualización han dado origen a un sin número de inconmensurabilidades, comparable al número de interpretaciones disciplinarias, teóricas, metodológicas y discursivas de la profesión. Desde la perspectiva de la Mtra. Lamamoto ha propiciado una tendencia de anhelación hacia la “especificidad” por tratar de encontrar un “campo propio de estudio científico”. Tendencia que no puede estar respaldada en la legitimidad funcional, sino en la legitimidad endógena de la profesión (Lamamoto, 1992).

Sin embargo, Carlos Montaña afirmó que no se puede demarcar claramente el "espacio profesional" y mucho menos los límites teórico-prácticos de cada disciplina, especialmente en el área social. No fue posible dividir las profesiones en “compartimentos estancos”, por el contrario, fue necesario perfeccionar los saberes adquiridos y fortalecer el nivel funcional de la profesión entre las diferentes disciplinas, estableciendo interacciones y conexiones entre ellas:

“En realidad, en la medida en que las profesiones se desarrollan, creando nuevos saberes y profundizando los viejos, los campos de conocimiento se "especializan" intra-profesionalmente; quiere decir que se crean "sub-campos" y "especialidades" al interior de cada profesión: así por ejemplo, la socióloga del trabajo, la economía industrial, la medicina del trabajo, el derecho laboral, y porque no, el Servicio Social de empresa, de entre varios ejemplos posibles. La especialización de los saberes, de los campos y sub-campos de estudio e intervención profesional, lleva cada vez más, a las profesiones, a establecer lazos de interacción e interconexión (Montaña, 2000: 32).

Este ha sido el reto actual de Trabajo Social en América Latina. Este fue el origen de la disputa entre endogénistas y funcionalistas en los países latinoamericanos, sin embargo se podría establecer una conexión entre ambas a partir de una “lógica de lo social” que correspondiera a la acepción de Trabajo Social dominante en América Latina y fuera una tercera vía de legitimidad en la región.

I.2. EL CAMBIO SOCIAL COMO PUNTO DE PARTIDA

Las definiciones actuales de Trabajo Social han tratado de adaptar o integrar ambas fuentes de legitimidad (endógena y funcional) de tal manera que se han esforzado por consolidar la integración entre acepciones asistencialistas y de re-conceptualización. Tratando de encontrar una especificidad en la intervención o en la mediación, viendo en estas formas de apoyo social una herramienta e identidad de Trabajo Social para cumplir con el cambio social anhelado.

Sin embargo, asumiendo que el Trabajo Social del cambio fuera la acepción que surge del contexto latinoamericano y siendo la base sobre la que se han multiplicado las definiciones académicas en la región que argumentan el nuevo quehacer del trabajador social en la intervención, resultaría sumamente pertinente que fuera las concepciones del “cambio social” el punto de partida de una tercera vía de legitimidad con base en el establecimiento o adherencia a una lógica de lo social que articule la metodología endógena y funcional. Sobre todo cuando las principales apuestas de las definiciones de Trabajo Social en el ámbito académico, han apelado al cambio como principal objeto y ejercicio de la profesión.

En la presente investigación no se trató de crear una definición surgida de la interpretación exegética, endógena o funcional, se trató de identificar la manera en que se puede aprovechar la legitimidad existente en América Latina y México, con el propósito de buscar que esto representara para el Trabajo Social una ganancia en saberes. Se trató de realizar una aportación profesional con apego al contexto mexicano en el ámbito de la salud.

Para esto fue pertinente identificar la situación actual del Trabajo Social en éste país y aprovechando la apertura de la profesión a la autocrítica; como nos comentó Silvio Galeano de la O., en México el énfasis formativo de Trabajo Social se ha encontrado en el compromiso de la profesión con el cambio social, sin embargo:

“Admite que, si bien la mayor influencia de la re-conceptualización se dio en las instituciones formativas porque impactó en las modalidades de enseñanza y en los contenidos de los planes de estudios, se propició un aislamiento (de ésta con) la dinámica institucional por las diferencias con los discursos y prácticas dominantes y por la interpretación dogmática, e incluso simplista, de sus fundamentos teóricos y metodológicos” (Alayon, 2005: 217).

En México, si bien en el discurso académico se ha contemplado el “cambio social” como rector de la “lógica de lo social” que imperaba en la profesión después del movimiento de re-conceptualización, no es así en las instituciones en que el trabajador social ha tenido legitimidad funcional. Alan Arias, comentó que desde la década de los 90 y a comienzos del siglo XXI, es decir después del derrumbe del muro de Berlín se ha ampliado la difusión y aceptación de los derechos humanos a nivel internacional,

teniendo una importante influencia en el caso de México sobre todo después de la Reforma Constitucional del 2011, aspecto que ha modificado varios aspectos de la vida institucional en el país (Arias. 2011).

¿Cómo superar esta dicotomía de acepciones en el mismo contexto, teniendo como resultado un producto favorable al quehacer de Trabajo Social y que procure una mejora en la vida social del país? La respuesta para esta pregunta fue evidente, pues se debía encontrar una tercera vía de legitimidad que apostara por superar la dicotomía “endógena vs funcional”. Ante esta situación la tercera vía de legitimidad debía surgir a partir de la capacidad de contrastar las nuevas condiciones normativas, estructurales y funcionales con enfoque en derechos humanos, contra las condiciones concretas del cambio social en México.

De esta manera, esa tercera vía, no pudo ser otra más que la “volitiva”; es decir, concebir la profesionalización de Trabajo Social, dominar y subordinar su quehacer de forma voluntaria a las diversas concepciones teórico-metodológicas del cambio social, para ser capaz de brindar propuestas que propiciaran su estudio y ejecución.

Para encontrar una lógica de lo social capaz de brindar certidumbre con esta orientación fue que en el presente apartado se contempló, en primer lugar, un ejercicio mnemotécnico de Trabajo Social en México, seguido de la identificación de las concepciones de cambio social, con el propósito de identificar cuáles de estas podrían abonar una aportación profesional desde el contexto en que ha estado legitimado el Trabajo Social en México.

1.2.1. El Trabajo Social, el caso de México.

En América Latina la influencia católica ha sido muy fuerte por lo que la secularización y las políticas de bienestar se consolidaron bajo la perseverancia de liderazgos y personalidades insertas en las instituciones de Estado y movimientos militarizados, no desde la organización comunitaria y mucho menos en contraposición radical a la iglesia católica. Cabe señalar que si bien la caridad católica es una constante en los países latinoamericanos dejando ver ejemplo importantes de apoyo social entre la población desde la colonización española y portuguesa, no es claro que estas experiencias de ayuda hayan engendrado por si solas el desarrollo profesional de Trabajo Social como un quehacer subordinado a un principio con enfoque en la lógica de lo social.

Desde esta perspectiva me atrevería a afirmar que la presencia de Trabajo Social en América Latina desde sus inicios corresponde más bien a la influencia de personalidades que impulsaron la creación de escuelas y espacios laborales, debido a su influencia en espacios de poder institucional. Evidente es que estas personalidades fomentaron el Trabajo Social con base a convicciones propias y necesidades ineludibles del contexto de sus países, sin embargo, el común denominador pareció ser que en su

mayoría las personas que favorecieron la implementación de Trabajo Social en sus países, tenían la posibilidad de viajar a Europa o Estados Unidos en donde tuvieron acceso al entrenamiento técnico que se asociaba al naciente asistencialismo con enfoque social.

Este proceso se replica en México, donde resulta innegable reconocer que la característica primordial del Trabajo Social fue su carácter técnico. Al igual que en muchos países de América Latina, la institucionalización de la vida social ha determinado en gran medida la legitimidad de la profesión desde la acepción asistencial. La Dra. Aida Valero señaló que después de la culminación de los movimientos revolucionarios mexicanos, los subsecuentes gobiernos se enfocaron a brindar una orientación social a las múltiples instituciones venideras, desde un asistencialismo social que incorporó la perspectiva científica a los servicios institucionales.

“(…) la asistencia social sustituía la compasión de la beneficencia por comprensión, ya que la primera entraña conocimiento y se manifiesta en actos de solidaridad, en tanto que la compasión era considerada como emoción y se expresaba como caridad”
(Valero, 2004: 19)

El Trabajo Social se convirtió en una profesión necesaria desde esta óptica, por lo que su legitimidad funcional fue fundamental en México. Desde sus inicios la principal inquietud profesional fue la población infantil y quizá sus antecedentes más precisos vinculan la profesión a las instituciones dedicadas a la investigación, educación, y seguimiento del desarrollo de la niñez. Pues de acuerdo con lo que nos ha comentado la Dra. Aida Valero, desde 1920 la Secretaria de Salubridad y Asistencia comisionó a “inspectoras” de casas hogar, hospicios y escuelas para realizar la investigación social correspondiente a sus condiciones alimenticias e higiénicas (Valero, 2004).

Aunque los investigadores sociales no representaron un antecedente profesional de Trabajo Social, no podemos negar que esta actividad marcó los cimientos de la necesidad funcional de la profesión, por lo que se incorporó desde la administración del gobierno central, cuyo propósito era la investigación social de estos lugares de beneficencia.

Curiosamente las escuelas encargadas de la formación en Trabajo Social se crearon de una manera muy diferente que en el caso de Estados Unidos, pues mientras que en el país del norte se crearon centros de enseñanza a partir de las organizaciones de base social, en México, la primer escuela a la que se le atribuyó la enseñanza de técnicas de trabajo e investigación social fue la Escuela de Enseñanza Doméstica de la Secretaria de Educación Pública, reconocida en 1933 y creada por iniciativa de la Profa. Julia Nava de Ruiz Sánchez, quien estuvo en Estado Unidos y cuando regresó a México, agregó al nombre de la escuela la frase “y de Trabajo Social” (Valero, 2004)

La realización de campañas de inspección y visitas domiciliarias impulsadas desde los gobiernos federales, fueron en sus inicios asignados como tareas a profesionales como docentes y enfermeras,

hasta que a mediados de la década de los 30 se reconoció públicamente la necesidad del Trabajo Social desde las instituciones públicas:

“A partir de 1936, se inició una importante transformación del concepto de beneficencia, llegando a librarse del espíritu y la técnica restringida que tenía. A partir de entonces se enfocó a evitar las causas de la debilidad social que presentan algunos individuos, creándose para tal fin un organismo de terapia social (...). Es precisamente en la revista *Asistencia de la Beneficencia Pública* en el DF., en donde se menciona un ciclo de conferencias (...) a trabajadoras sociales en el Departamento de Acción Educativa Social.” (Valero, 2004: 16).

Durante el sexenio correspondiente al gobierno del General Lázaro Cárdenas, se habló ya del Trabajo Social consolidando institucionalmente, caracterizado por la creación de plazas laborales en la Dirección de Asistencia Infantil de la Secretaría de Asistencia Pública. En este periodo el Trabajo Social se legitimó funcionalmente, por ejemplo, en el ámbito de la salud, la reputación de actividades de investigación, visitas domiciliarias e inspecciones sanitarias en temas de la salud infantil, lograría su fortalecimiento como profesión autónoma a partir de contar con una fuerza laboral capacitada en cursos de Trabajo Social, que si bien no estaban incorporados a una organización educativa formal. En este momento se instruyó a algunos profesionales en las técnicas de Trabajo Social para ocupar las nacientes plazas laborales creadas para incrementar la vinculación de las instituciones asistenciales a los diversos grupos apartados y marginados del país. (Valero, 2004).

En este marco fue que la legitimidad funcional de Trabajo Social se consolidó, sin embargo, su principio supremo de sentido quedó afianzado fuertemente a la existencia misma de las instituciones de asistencia. Los trabajadores sociales y su noción de “lo social” quedaron fuertemente subordinados a las nuevas instituciones creadas por el Estado mexicano. En este sentido la misión del trabajador social se apegó a llevar los beneficios del desarrollo a comunidades campesinas y marginadas. Además, la profesión y su legitimidad surgieron en franca subordinación de disciplinas consolidadas como en el caso de los maestros, la enfermería, la medicina y el derecho.

La formación de trabajadores sociales era a partir de cursos técnicos, impartidos por la Escuela de Enseñanza Doméstica y Trabajo Social que para 1940, decidió que sería necesaria una revisión de los planes de estudio, adaptándose e implementándose el Plan de Estudios de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). A partir de este momento y reconociendo la necesidad del papel funcional de Trabajo Social dentro de las instituciones públicas comenzó la revisión de los planes de estudio, abriéndose un abismo muy grande entre la Universidad Nacional y la formación técnica de Trabajo Social, pues mientras que en la UNAM se comenzó a cuestionar el papel ideológico de los trabajadores sociales desde 1967 y desde la reforma universitaria realizada bajo el liderazgo del Ing. Javier Barrios Sierra, se incorporaron los preceptos de cambio social, al igual que en la mayor parte de la

Facultades de la UNAM; en 1983 se aprueban desde la SEP los planes de estudio de los bachilleratos tecnológicos apegados a la acepción asistencial (Valero, 2004).

Lo anterior marcó un divorcio entre la legitimidad funcional y la legitimidad endógena. Mientras que en algunos centros de enseñanza como la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM se enfatizó la vocación de cambio social, en las instituciones donde se emplearon al trabajador social se continuó viendo al Trabajo Social como la profesión que realizó investigación social, asistencia y actividades administrativas subordinadas al objetivo institucional.

Siendo este el caso de muchas instituciones del ámbito de la salud en que fue contemplada la contratación de trabajadores sociales. Lo cual sólo se pudo explicar a partir de los antecedentes del Trabajo Social dentro de esos ámbitos laborales. Por ejemplo, antecedente del Trabajo Social en el ámbito de la salud es el Hospital Infantil de México, cuya directora de Trabajo Social, María Elena Rincón Benítez, tenía estudio de Maestría en Trabajo Social en Nueva Orleans, Estados Unidos, y en cuya institución se privilegió el estudio social de caso, realizando visitas domiciliarias, estipulando cuotas de recuperación para establecer montos de costos hospitalarios de acuerdo a las situación económica doméstica y ayudando al niño a adaptarse al hospital sin perder el vínculo con sus familiares. De acuerdo con la Dra. Aida Valero, el Hospital infantil sentó las bases para la replicación del modelo de Trabajo Social en otras instituciones que prestaban servicios de salud, como el Hospital General de México, el Hospital Juárez y el Instituto Mexicano del Seguro Social (Valero, 2004).

Para los años 50 y 60 se consolidó el campo laboral de Trabajo Social y con ello su legitimidad funcional. Algunos trabajadores sociales que laboraban en el Hospital Infantil pasaron a formar parte de la Secretaría y al Seguro Social especialmente a la oficina de estudios económicos y sociales y posteriormente se nombró a la primera Jefa de Trabajo Social que quedó subordinada a la Subdirección General Médica. Para 1965, el trabajador social extendió su dominio laboral al contemplar actividades en vigencia de derechos para afiliados del seguro social, sanatorios subrogados, contraloría médica y jefatura de clínicas (Valero, 2004).

Estas instituciones fueron incorporando la acepción asistencial de la profesión, misma que ha perdurado hasta nuestros días, ya que aún bajo el término de “protección de la salud” incorporado a la constitución en los 80 y que a pesar de contemplar un nuevo esquema colaborativo de salud entre prestadores de servicios y usuarios de los servicios de salud, la acepción de asistencia social en las instituciones sanitarias, sigue estando vigente.

I.2.2. El Trabajo Social en el marco de la protección de la salud en México.

En el ámbito de la salud el eje rector de las actividades de Trabajo Social fue desde un principio subordinado a la profesión de Medicina, cuando el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) incluyó entre sus empleados en el primer y segundo nivel de atención, a los trabajadores sociales, enfatizó su labor en el aspecto preventivo de la salud pública. Sin embargo, la reforma constitucional de 1985 y la publicación de la Ley General de Salud que incorporó el concepto de protección de la salud y consolidó el actual Sistema Nacional de Salud, trajo como consecuencia un nuevo marco de acción para los trabajadores sociales.

Desde 1983 se incorporó a la constitución el “Derecho a la protección a la salud”, que desde el primer momento estuvo relacionada con el tema de la cobertura y accesibilidad de las personas a los servicios de salud. Para 1984 se publicó la Ley General de Salud, cuya finalidad era reglamentar al Artículo 4º recién modificado; desde ese momento la Secretaría de Salubridad y Asistencia fue sustituida por la Secretaría de Salud (SS), por medio del decreto del Diario Oficial de la Federación de 1985. A partir de esta modificación las determinantes sociales adquieren una importante relevancia en el ámbito de la salud, no solo como subordinadas a las actividades médicas sino de manera independiente y complementarias para conseguir el desarrollo y bienestar social (Lugo. 2015).

Los servicios de salud requieren de acciones como las de: proteger, promover y restaurar, dirigidas a dos tipos de destinatario: 1. La persona y 2. La colectividad, éste último se menciona como grupo en general sin definición, ni precisión específica, y de tres formas: 1. Atención médica, 2. Salud pública y 3 De asistencia social, de acuerdo a los artículos 23 y 24 de la LGS. (Lugo.2015: 139)

La coordinación del nuevo Sistema Nacional de Salud estaría en manos de la Secretaría de Salud, en el Artículo 5º de la ley se contempló una conformación a partir de instituciones públicas, pero también se dio cabida a los sectores privado y el llamado sector social conformado por las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) y los servicios que se otorgan vía la contratación de seguros individuales o colectivos. Sin embargo, los objetivos de cobertura no se consiguieron a partir de esta reforma y entre 1994 y 2000, se adoptó el modelo de Pluralismo Estructurado²⁴ impulsado por el Secretario, Julio Frenk. Este programa tenía como propósito cubrir con las necesidades de los “grupos en situación de vulnerabilidad” y se encontró sustentada en el Artículo 27 de la Ley General de Salud, que dictaba que los servicios de salud debían incluir acciones preventivas de promoción, educación, planificación familiar, mejoramiento de la nutrición infantil; y en ella la asistencia social debía estar involucrada. Para

²⁴ Modelo que para 2003 se convirtió en el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que vio nacer el Seguro Popular, soportando la cobertura universal en salud a partir de instrumentos financieros tripartita desde el gobierno federal, los gobiernos estatales y las personas afiliadas y cuyo instrumento de financiamiento primordial fue el “Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos”.

cubrir con esta exigencia del derecho a la protección de la salud, se reformó el Artículo 209, de la Ley del Seguro Social en 2001, para brindándole un impulso a las “prestaciones sociales”, que a la letra dice:

“El Instituto proporcionará atención a sus derechohabientes mediante servicios y programas de prestaciones sociales que fortalezcan la medicina preventiva y el autocuidado de la salud y mejoren su economía e integridad familiar (...) el Instituto establecerá y desarrollará los programas y servicios para los derechohabientes, en términos de la disponibilidad financiera de los recursos destinados a prestaciones sociales de este seguro” (DOF. 2015).

De esta manera en los servicios de salud del IMSS, se comenzaron a implementar programas enfocados al cumplimiento de este mandato de ley, en el que los trabajadores sociales han tenido importante participación desde 2001 en que se comenzaron a implementar programas como: PREVENIMSS en Escuelas (2002), PREVENIMSS promotores adolescentes (2004), JUVENIMSS (2005), Cruzada Nacional vamos por un millón de kilos (2006), Cruzada nacional vamos por más kilos (2007), ChiquitIMSS (2008), Pasos por la Salud (2009), Envejecimiento Activo PREVENIMSS (2011), Ella y El con PREVENIMSS (2012), Embarazo PREVENIMSS (2013), Yo puedo (2015) y por ultimo Estrategias Educativas de Promisión de la Salud EEPS (2016).

Actualmente la reforma constitucional del 2011, en que se incorporaron los derechos humanos, han modificado los alcances y obligaciones del contenido de los Artículos 1º y 4º constitucional. La modificación al Artículo 1º constitucional trajo como consecuencia el reconocimiento del principio “pro persona”, por lo que el espectro de los derechos humanos en términos jurisprudenciales y jurídicos se amplió, sobre todo en términos de las obligaciones de las instituciones del Estado mexicano, lo que implicó que todas las instituciones deben contemplar mecanismos eficientes para vigilar, prevenir, y cumplir los derechos humanos:

“Así dicho parámetro se reproduce en los artículos 103 y 105, fracción II, inciso g) para el juicio de amparo y la acción de inconstitucionalidad (...) Lo anterior, sin perder de vista la tesis jurisprudencial P./J.20/ (2014), derivada de la controversia constitucional 293/2011 respecto de la determinación consistente en que {los derechos humanos, en su conjunto, constituyen el parámetro de control de regularidad constitucional, **conforme al cual debe analizarse la validez de las normas y actos que forman parte del orden jurídico mexicano**}, así como que {cuando en la Constitución haya una restricción expresa al ejercicio de los derechos humanos, se deberá estar a lo que indica la norma constitucional} (Lugo. 2015: 293).

Esto quiere decir que el término de la protección de la salud, no puede ser aplicado de forma restrictiva, debe ser garantizado a toda persona con la necesidad de acceder a un esquema de salud, ampliando el espectro de acción de la asistencia social y por ende, de las prestaciones sociales en el IMSS. Esto implica que las instituciones no solo deben implementar programas para la cobertura universal y la protección a los grupos vulnerables, sino que están obligados a la transformación institucional para garantizar el respeto al principio “pro persona”, adaptando a este presente no solo su normatividad, sino su estructura, procedimientos e interacción con sus derechohabientes y afiliados.

En este sentido, la profesión de Trabajo Social, en las instituciones de salud y por ende en el IMSS, debe superar su legitimidad funcional y endógena apegada solo a principios médicos, pedagógicos y jurídicos; o solo enfocados a la investigación de la asistencia o intervención; debe contemplar el desarrollo de una investigación apegada al acepción del “cambio social” con el propósito de realizar investigación que propicie la transformación en la interacción entre los prestadores de servicios de salud y los derechohabientes.

1.2.3. Concepciones del cambio social

Además de que la tradición latinoamericana desde el movimiento de re-conceptualización ha asumido el “cambio social” como rectora de “la lógica de lo social” que impera en Trabajo Social; en México las condiciones institucionales han reafirmado que esta es una necesidad del contexto social en nuestro país. Este contexto concreto es el momento idóneo para que la profesión deje atrás la dicotomía de legitimidad funcional vs endógena, abriendo la posibilidad de que la profesión consolide su papel intelectual y ejecutante de la acción social calculada, por lo menos en el ámbito de la salud.

Sin embargo para dejar atrás esa dicotomía (funcional-endógena) es necesario el desarrollo y estudio de las posibles perspectivas conceptual de cambio social, con el propósito de desarrollar un marco referencial fértil para la investigación en Trabajo Social. Respecto a estas perspectivas, Raymond Boudon, afirmó que en la sociología moderna existen cuatro tipos diferentes de perspectivas teóricas del cambio social. Surgidas de acepciones, estos bagajes filosóficos, teóricos y metodológicos se convirtieron en concepciones al desvincularlos del contexto en que se han formulado, y dan origen a cinco definiciones teóricas que se encuentran enmarcadas en los trabajos de diversos pensadores sociales entre quienes podemos contemplar a Comte, Durkheim, Parsons, Rostow, Marx, Hegel, Nurkse, Dahrendorf, Baduri, MacClelland, Weber, entre otros (Boudon, 1985).

Para Boudon, la clave del debate sobre el cambio social ha sido una necesidad fundamental de cualquier documento en ciencias sociales que se precie de ser profesional. Independientemente que así fuera, resultó importante para la investigación de Trabajo Social revisar estas concepciones a la luz de que en América Latina el cambio social fue más que una perspectiva teórica que dio origen a diversas interpretaciones conceptuales; para Latinoamérica las diversas perspectivas de cambio social podrían brindar un sustento más completo a la acepción profesional academicista sobre Trabajo Social, surgida en la región (Boudon, 1985).

En América Latina, una infinidad de definiciones de Trabajo Social han apelado al cambio como su razón de ser. Sin embargo, el término de “cambio social” está muy lejos de ser un concepto acabado, por el contrario, según Boudon, este concepto ha dado frutos conceptuales importantes para la comprensión de los fenómenos sociales. Para Boudon en la controversia que se desprendió de este concepto se

encuentran características epistemológicas y de filosofía de la historia, aunque ambas han estado ligadas:

“Se puede describir la presencia de una actitud filosófica (...), dado que las conclusiones a favor o en contra de las nociones de cambio y evolución se fundamentaron sobre una argumentación precisa. (pero), en términos adaptados a la situación actual de las ciencias sociales (...) esta situación enmarca (...), una cuestión epistemológica: la existencia de regularidades en el cambio social” (Boudon, 1985: 299).

Para Boudon la presencia o ausencia de regularidades conceptuales e históricas en el cambio social han sido lo que caracterizó a las diversas corrientes. Existieron principios teóricos en que se pueden encontrar regularidades que han apelado a la existencia de “continuidades” históricas. Estas teorías, por lo general consolidan leyes cuyo énfasis ha sido el orden del cambio. Bajo ésta perspectiva se estudia el cambio social como contenido; es decir, en muchos casos no importa la forma en que se dio el cambio, lo importante ha sido la regularidad del cambio en si mismo. Estas teorías tienen su fundamento en principios empíricos, en la medida en que han puesto énfasis en la aparición de ciertas etapas sociales que se interrelacionan una con otras, mismas que en lo sucesivo, sería posible constatar al momento de su aparición, dejando al investigador social al nivel de supervisor de las continuidades.

Por otro lado, encontramos aquellas teorías del cambio social que no anuncian aquello que va a cambiar, por el contrario, pondrían énfasis en el “cómo”, bajo qué forma se realizaron los cambios. Esta ha sido una perspectiva “discontinuista” del cambio social; es decir, la regularidad de las supuestas etapas sociales, se vería interrumpida por la existencia de posibles contradicciones, que trajeran aparejada crisis y procesos sociales que seguramente darían origen al cambio, contraponiéndose a las líneas continuas y convencionales de tiempo. En estos esquemas conceptuales se vuelve especialmente importantes las teorías de causas y factores del cambio, a pesar de que:

“En otros términos, el sociólogo moderno considera por lo común – aunque ese postulado quede a veces implícito- que el cambio social, incluso a nivel macrosociológico, no es inteligible sino cuando el análisis defiende hasta los más elementales agentes o actores sociales...” (Boudon, 1985: 131).

Para estas concepciones los miembros de la sociedad dejaron de estar sujetos a las regularidades del cambio y se convirtieron en actores o agentes de cambio. Esta perspectiva contempló que mirando a los agentes se podía consolidar un dominio conceptual que permitiera explicar los ajustes sociales. Esto sería así siempre que no se piense que estas diferentes definiciones del cambio social se han excluido mutuamente, por el contrario, para Boudon:

“Si bien se entiende – aunque no he tenido la ocasión de precisarlo (...) los cuatro tipos de proyectos deberán ser considerados de una manera independiente. Una obra como la de Marx, contiene proposiciones no sólo sobre la cuestión de las causas del cambio; sino también preceptos considerados como leyes condicionales” (Boudon, 1985: 315).

De esta forma, para Boudon, fue indispensable que se revisaran las proposiciones del cambio que se formulaban ya que comúnmente se han presentado de una manera interdependiente. Así se podría conceptualizar a los miembros de la sociedad como agentes, pero que han estado sujetos a fuerzas que marcan regularidades imposibles de romper en el devenir histórico.

Bajo el anterior análisis se ha podido apreciar que los principios teóricos sociales que realmente pudieron explicar la manera en que se produjo, reprodujo o resistió un cambio social han sido aquellos que han tratado de encontrar las irregularidades históricas, a manera de encontrar una “lógica del cambio social”. Los términos conceptuales de relación, colectivización, socialización o interacción, tienen un común conceptual, el principio de la “acción” como unidad básica y sólo desde esta perspectiva se podría acceder a una mayor comprensión sobre la forma en que la sociedad se transforma. Como diría Boudon:

“(…) la noción de causa es a menudo ambigua cuando se utiliza en el análisis del cambio social (..) la imputación causal es resueltamente imposible (no así)(…) del resultado de un proceso caracterizado por un encadenamiento de acción y reacciones o retroacciones, más que de una causa, o un conjunto de causas.” (Boudon, 1985: 312).

La acción desde sus diversas formas interpretativas y desde diversas disciplinas, se convirtió en un concepto fundamental para el análisis del cambio. En este sentido y para la realización de una investigación que tuviera como propósito el cambio social, sería sumamente importante comprender que la lógica de lo social debiera estar anclada en el concepto de la “acción”, misma que se ha comprendido desde diversas concepciones.

Ya fuera como una acción colectiva transformadora del pueblo, en el caso de las tradiciones marxistas, un inconsciente de la masa en el caso de Le Bone, una conciencia colectiva en el caso de Durkheim; o como una concepción de la acción individual simbólica que pretende tener, una influencia en otras personas o en el contexto social, como la tradición weberiana, la importancia del concepto de la acción ha sido brindar la oportunidad de reflexionar sobre la forma en que se llevan a cabo los cambios sociales, dando cuenta también de las maneras en que se constituyeron las resistencias simbólicas.

El trabajador social que pretendiera desarrollar el concepto de cambio, no podría cerrar los ojos a las inconmensurabilidades de los anteriores postulados teóricos de acción. Sobre todo en el entendido en que cada uno de ellos se pone énfasis a diferentes conceptualizaciones que no necesariamente estarían explícitas al momento de hacer una intervención o una mediación. En una sociedad mexicana en que la legitimidad endógena y funcional del Trabajo Social ha sido ampliamente cuestionada, la legitimidad volitiva tendría como principio una lógica del cambio social, que podría proporcionar una alternativa para quienes no han renunciado al proyecto de profesionalización de Trabajo Social.

I.3. LA METODOLOGIA DE ACCIÓN

En conclusión, toda investigación de Trabajo Social cuyo objetivo fuera el cambio social, debería ajustarse a una conceptualización de la acción. En este caso la acción ha contemplado en las ciencias sociales tres perspectivas que parten de lógicas diferentes pero complementarias. Estas conceptualizaciones corresponden a las perspectivas de la acción colectiva, la acción holística y por último, la acción social. En este sentido se describieron algunas referencias metodológicas que permitieran distinguir algunos autores y la diferencia de sus postulados conceptuales. El objetivo de la siguiente descripción no fue agotar el tema de los autores sobre postulados de acción que podrían servir para nuestro propósito, sino que fue sentar las bases para elegir un camino metodológico y teórico que se expondría en el tercer capítulo, en el entendido de que una investigación de Trabajo Social del cambio debiera tener presente alguna de estas tradiciones de la lógica de lo social, para separarse de estudios cuya finalidad fuera paramédica, para-política, para-jurídica, parapsicológica, para-histórica, etc.

I.3.1. La acción colectiva

En la concepción de la acción colectiva se contempló una acción conjunta; es decir entre varios individuos, que persiguen intereses comunes, llámese objetivo o ideales. No se podía pensar en acción colectiva sin el concepto básico de un conjunto de personas, llámese masa, público, clase o grupo; tuvieran un objetivo en común, mismo que puede ser guiado por un líder, creencias, psicología o fuerza, cuyo propósito es el cambio social.

Sin lugar a dudas la acción colectiva ha sido punto de discusión desde la perspectiva de diferentes disciplinas como la psicología social, economía y la sociología. Sin embargo, todas han coincidido en que la mejor manera de realizar un análisis de la acción colectiva es encontrar una categoría conceptual que logre mediar entre un individuo y la sociedad. El análisis consistió en que para dar cuenta de la acción colectiva se necesitó de una construcción conceptual polisémica que lograra hacer las veces de intermediación entre los intereses individuales y los intereses sociales, en donde se pudieran respaldar de forma consistente unos intereses, creencias y acciones que no fueran propios de un solo individuo, pues pertenecerían a un conjunto de personas que de forma consciente o inconsciente renuncian a sus intereses individuales por asirse a los intereses del colectivo

Esto quiere decir que el concepto de grupo, cuya palabra viene del alemán “Kruupa” y significa masa redonda, ha cumplido con la función de mediador entre los intereses individuales y la sociedad en su conjunto. Tal como lo demostró la concepción de psicología de masas, que fue sin duda una de las aportaciones más importantes de Gustave Le Bone a la Psicología Social, en ella describió la manera en que “la masa” como un grupo organizado en torno a un líder y creencias, son sujetos de un inconsciente colectivo que los controlaba y los volviera una fuerza de cambio (Le Bone, 2004).

Desde la sociología, se incorporó un elemento trascendental a la conceptualización de la acción colectiva; por ejemplo, Comte aseguró que la metafísica era el origen de la fuerza colectiva, por lo que si se pretende una transformación social “virtuosa” con orden y progreso social, se debiera dominar el pensamiento científico, clave para el desarrollo y permanencia de un orden, puesto que la metafísica suele influir sobre la acción colectiva. De esta manera en la sociología la discusión sobre la acción colectiva, lejos de aparecer desde sus orígenes conectada al concepto de grupo, estuvo conectada a la cuestión de los sujetos que ejercían la acción calculada; es decir, la principal cuestión fue identificar y posicional en quienes residía el ejercicio de la dominación de la metafísica. La pregunta sociológica se centró en quiénes recaería el ejercicio de la acción colectiva y cuáles serían los resultados de este ejercicio (Lutz, 2001).

Por otro lado la tesis de Marx en “El Capital” se refirió a la acción, como acción de una clase social determinada por la enajenación de los medios materiales de producción. Para Marx quien ejerce la acción determina el rumbo del cambio social, pues resulta evidente que en tanto que la acción sea realizada por una clase burguesa a través de los medios de producción, el resultado sería la dominación, por el contrario para él fue claro que la acción proletaria debería ser una revolucionaria:

“el autor de El Capital planteó la existencia de una fuerza colectiva que se desprende de las mercancías, producto de la voluntad consensuada de sus respectivos dueños. La acción (...) es entonces entendida (...) como la manifestación de una fuerza colectiva y anónima en las mercancías; fuerza capaz de imponer una mercancía dada como mercancía de referencia” (Lutz, 2001: 204)

Otro elemento importante en el tema de la acción colectiva lo encontramos en los trabajos de Tarde y Olson quienes se refieren a la acción colectiva de manera explicativa. Tanto Tarde como Olson verían en el público surgido de los grupos de consumidores una fuerza que es capaz de producir y reproducir al mercado. En el entendido de que si un grupo de individuos contempló o reprodujo tradiciones concretas y tenían entre sí un especial interés común, esto manifestaría una tendencia que ejercería una presión sobre la economía.

Para Olson las personas siempre han tendido a formar grupos que han actuado de acuerdo con los intereses de sus miembros; sin embargo, estas personas podían incorporarse en grupos diferentes, por lo que no siempre sería clara la división de clases. En este sentido las presiones ejercidas por el grupo sin importar la clase a la que pertenezca, han generado siempre una ganancia en innovación que sería compartida no solo con los miembros de su clase, sino por el conjunto de la sociedad. Los cambios que el grupo aportó a la economía sean grandes o pequeñas en innovación o cambio económico, siempre serían aprovechados por el conjunto de la sociedad y no únicamente por una sola clase (Olson, 1985).

En éste sentido la investigación del psicólogo social Kurt Lewin, indicó que el grupo es la formación de personas que tenían una interdependencia dinámica que siempre estaría determinado por el juego de

fuerzas presentes en su interior y que a su vez esta determinada por parte del campo de acción. De esta manera el grupo se convertiría en mediador entre la vida social e individual, volviéndose fundamental para la comprensión de la vida cotidiana. (Lewin, 1988).

Así fue como el concepto de grupo se ha tornado cada vez más indispensable para estas teorías que en algunos casos se emprendieron desde el ámbito de la empresa y otras veces desde la vida institucional o la sociedad civil. Con el paso del tiempo se han hecho presentes ramificaciones de esta concepción, que contemplaron la posibilidad de que la acción colectiva también esté guiada por representaciones sociales que se interiorizan en las personas a partir de su vida en grupos.

1.3.2. La acción desde su perspectiva holística

Como afirma Boudon, existe quien afirma que la perspectiva holística se fundamenta en el concepto de grupo; si embargo, considero que este proceso trasciende al grupo, pues forma parte de un entorno más complejo que el círculo social del que forma parte el individuo; es decir, regularmente estas perspectivas afirman que el individuo es la expresión de la sociedad, ya sea desde una perspectiva de conciencia colectiva o una estructura macro-relacional.

“Durkheim el precursor en sociología de lo que los epistemólogos llaman *holismo*, es decir, del punto de vista según el cual las estructuras serían primordiales con relación a los individuos y explicativas con relación a ellos (...) estudiar la compleja influencia de la estructura de los sistemas de interacción sobre las acciones y sentimientos de los agentes que los componen” (Boudon. 1981:25).

Durkheim sí mencionó la importancia del grupo para la interiorización de lo social en el individuo; sin embargo, parece ser él el precursor de ambas perspectivas holísticas, por un lado la que se encarga de estudiar las estructuras y los sistemas sociales y aquella que afirma sobre la existencia de una conciencia que trasciende al grupo y los individuos, misma que se inserta entre lo colectivo en el entendido de que es información que se ha hecho presente en los mitos, las creencias, las religiones, etc. Durkheim no profundizó al respecto, habló de la interiorización de esta conciencia colectiva que sujeta al individuo a la reproducción de ciertas condiciones sociales, por ello a pesar de que las personas fueron conscientes de sus actos, en realidad están influidas por lo colectivo que se encuentra interiorizado y que moldea las relaciones sociales.

La primera dio origen a una tradición que en la perspectiva de Merton y Parsons ha estudiado la manera en que las estructuras sociales han influido ampliamente las acciones de los individuos. Talcott Parsons, realizó una crítica a Weber desde el estructural-funcionalismo, misma que enfatizó la falta de la incorporación de un orden “nomotético”, señalando que la conducta racional y especialmente con arreglo a fines, no puede darse fuera de una matriz estructurada de leyes que conforman un sistema. Con total influencia de Merton, quien fue compañero de Parsons en la Universidad de Harvard, señaló

que se debía resaltar la relación de las personas con las normas, ya que la costumbre y la intención se han encontrado en una esfera de subordinación al sistema jurídico y moral (Lutz, 2001).

Para Parsons cualquier sistema podía descomponerse en subsistemas en donde se encontraría con la acción y en su unidad más básica con el “acto” que en su composición constituye la acción social calculada, misma que se define por la existencia de un actor a quien se le brinda un “rol”, por lo que esta sujeto al alcance de ciertos fines y cuyas acciones deben tener una finalidad (intención), medios o elementos que pueden o no ser controlados, y por normas o valores que orientan al “actor” en su propósito determinado desde la institución.

Las condiciones serían aquellos elementos externos que configuran el entorno en que se presentó la acción. Para Parsons la acción más importante fue la “instrumental”, que se tradujo como aquella con arreglo a fines, pero que en el marco de la norma es capaz de dominar y superar sus deseos sujetos a sentidos subjetivos personales, buscando adoptar objetivos colectivamente legítimos. En este sentido fue como la lógica social de la acción, se convirtió en un modelo en el cual fue posible dominar o utilizar las condiciones del entorno, así como guiar la acción en una “intervención” capaz de alcanzar sus objetivos sobre el entorno material y social (Parsons, 2001).

La segunda tradición holística que Durkheim ha incentivado es aquella que retoma la conciencia colectiva, que ha permeado una infinidad de perspectivas conceptuales y se puede apreciar en muchos desarrollos teóricos, sobre todo porque argumentó la trascendencia de lo colectivo en el individuo. Es decir, si bien lo colectivo se pudo desarrollar a partir de la socialización, no necesariamente ha estado determinado por la inserción del individuo en su grupo, sino que el individuo se hace acompañar de lo colectivo aunque se encuentre totalmente aislado (Durkheim, 2001).

Otro ejemplo del desarrollo holístico de la acción es la conceptualización que realizó Moscovici que está muy emparentada con los anteriores principios, pues una representación social sería un corpus organizado de conocimientos y a la vez un esquema cognitivo estructurado gracias a los cuales los hombres han hecho inteligible la realidad física y social. Ésta se integró, construyó y originó en una relación cotidiana de intercambios dentro de un grupo social, pero se trata de una forma de conocimiento que implica dos caras, la figurativa y la simbólica, así es posible otorgar a toda figura un sentido y a todo sentido una figura, por lo tanto es descriptiva y prescriptiva de la vida en sociedad. Se piensa que la representación pasa de la objetivación a lo simbólico, lo cual significa que la figura simbólica interiorizada realiza un anclaje en el núcleo central coherente de la persona, convirtiéndose en un gráfico que se esquematiza para formar estructuras de significado individualizadas pero con raigambre en la realidad social. Así la representación designa el saber del sentido común cuyos conocimientos no ha sido reflexionado desde una perspectiva consciente por el individuo, pero ha hecho posible la comunicación en la vida cotidiana (Jodelet, 1986).

Otro ejemplo a considerar dentro de la perspectiva holística es la teoría de Antonio Gramsci, quien desde el concepto de “superestructura” desarrolló una concepción del ejercicio del poder político, dejando atrás las corrientes clásicas que hacían referencia sólo a los aparatos represivos del Estado, argumentando que existían recursos colectivos que las “clases sociales” en el poder utilizaban para perpetrar su dominación. La “hegemonía” cultural que han producido y reproducido las instituciones religiosas, sociales, educativas, en que se desarrolla la “praxis” grupal, inhibiendo la acción colectiva revolucionaria, amalgamando los diversos grupos sociales para aliarlos con los explotadores, permitiendo la unión colectiva en un proyecto burgués (Gramsci, 1981).

La perspectiva crítica de Habermas, por su parte, trató de hacer hincapié en que el cambio social no puede darse sólo en el ámbito material, sino también en el simbólico. Apuntó a la acción comunicativa como aquella que ha sido capaz de consensuar normas y comportamiento que se estructuran en un orden social concreto e histórico. El discurso fue el de la acción calculada por excelencia para la producción y reproducción de las condiciones sociales. La acción comunicativa no ha estado formada sólo por el ejercicio del lenguajes, sino que es praxis en el entendido en que se encuentra tecnificada en un orden social, económico, político, etc., es decir, “el trabajo y la interacción son sin duda dos momentos irreductibles de la acción” (Garrido, 2011).

Desde la anterior concepción, el cambio social pudo cumplirse por medio de la dominación de la acción comunicativa; sin embargo, existe una teoría que asegura que dentro de los “campos sociales” existe otra característica en que se envuelve la “praxis” de los “agentes”, misma que fue señalada por Pierre Bourdieu, como “el habitus”. Quienes realizan una práctica no separan lo “subjetivo” de lo “objetivo” para realizar sus actividades y modificar su entorno. Por el contrario las acciones comunicativas también se han expresado en formas objetivadas que muestran intangibles y tangiblemente múltiples determinaciones objetivas, subjetivas y estructurales que sostienen la división de clases (Bourdieu, 2007).

Para Bourdieu las representaciones sociales de las formas objetivadas que se encuentran en cada campo social al que pertenecen los agentes, no se ha “aprehendido” necesariamente por medio de la acción comunicativa, se han nutrido por medio del cuerpo. Por medio del dominio corporal se han hecho propios los esquemas estructurados de la práctica. Cualquier individuo ha adquirido un hábito particular cualquiera; por ejemplo, una destreza particular en algo que practica en lo individual; pero, para poder realizar una práctica conjunta cuya validez y prestigio sea reconocible y reconocida en un campo social desde una posición definida, las personas debieran modelar su comportamiento, atenerse a los principios temporales del desarrollo y a realizarlo en una realidad concreta y material.

La aproximación de las problemáticas empíricas a partir de estas concepciones se podrían hacer sin necesidad de la intermediación conceptual del término “grupo”, aunque siempre es importante

contemplar el espacio social y la posición que los agentes ocupan en el campo social. Estas perspectivas teóricas han permitido comprender fenómenos desde el sentido común de la práctica profesional. Así es como desde una perspectiva holística es posible comprender las estructuras cognitivas y sociales del sentido común que permitirían el cambio social; es decir, a partir de comprender las acciones y la praxis en su entorno comunitario, es posible comprender el individuo y viceversa, pues la comprensión de las partes no puede ser estudiado mas que como un todo integrado.

I.3.3. La acción social

La perspectiva de la acción social considera que la vida en sociedad y sus experiencias grupales son importantes para la consolidación de la comprensión subjetiva de los individuos, lo cual dota de sentido a las personas y permite que puedan realizar acciones hacia otros. Para esta concepción la convivencia suele ser crucial para la construcción subjetiva de significados y una vez que las personas los interiorizan y reflexionan, éstas pueden generar cambios sociales en su entorno. Un ejemplo de esta perspectiva teórica surge en Estados Unidos, misma que se desprendió de la psicología pero aterrizó en una explicación de lo social individual. Criticando el conductismo tradicional, específicamente a las conductas comprendidas como estímulo/acción, George Mead, afirmó que para que pudiera existir el proceso de la acción, debiera existir un fenómeno intersubjetivo en donde radicarán los significados. Afirmó que la vida en “grupo” ha sido la condición que permite a las personas el surgimiento del “mind” o “espíritu social” que se comparte a partir de la comunicación, pero que tiene un resultado individual en la personalidad (Mead, 2000).

Dicha comunicación tenía dos vías, la que se sostiene con el “self” (conmigo mismo) y la que se sostiene con el “it self” (con otros en este caso la realidad, lo externo a mi). La conciencia de si mismo y la conciencia hacia otros, es lo que le permite a la persona la acción. Mead afirmó que la conversación interior, entre el “yo” que actúa emergiendo sin previa aviso, el “mi” que tiene la capacidad de reflexionar lo que hizo; y la reflexión sobre el “otro”, ha permitido a las personas vivir en un medio social. Este proceso no podría darse a razón de una generación espontánea, Mead afirmó que este proceso ha sido posible a partir de la comunicación intersubjetiva que se ha construido en espacios de interacción social; es decir, en acciones recíprocas en donde radican los símbolos y sus significados entre dos o más personas; por lo tanto, se ha tratado todo el tiempo de una realidad construida en lo social entre el “yo” y el “mi” (Mead, 2000).

Otra concepción, que surgió de una propuesta epistemológica diferente, pero que aterriza en la acción individual fue desarrollada en la sociología clásica que parte de la perspectiva teórica con énfasis en quienes ejercen la acción. La acción social se convirtió en un punto de partida analítico, teórico y metodológico cuando Max Weber, lo insertó en una concepción simbólica de la cultura. Para él la

acción debían entenderse como un hacer externo e interno del individuo, quien podía estar o no en total conciencia de sentido.

“Por –acción- debe entenderse una conducta humana (bien consista en un hacer externo o interno, ya en un omitir o permitir) siempre que el sujeto o los sujetos de la acción *enlacen* a ella un *sentido* subjetivo (interior). La -acción social-, por tanto, es una acción en donde el sentido mentado por su sujeto o sujetos está referido a la conducta de *otros* (*exterior*), orientándose por ésta en su desarrollo” (Lutz, 2001: 18).

Si bien la acción social partiría de la información interiorizada del individuo, esta siempre se ha reflejado fuera de él, en la forma de una acción. Weber reconoció que existen diversos tipos de acción; sin embargo, puso especial énfasis en la acción social, debido a que fue ésta la que pretendió tener un resultado en otras personas o en su entorno social. De esta manera Weber definió la acción social como toda acción que tenga un sentido subjetivo que busca afectar la conducta de otras personas y su contexto.

Para que una acción pudiera tener un efecto real en una persona o en un grupo de personas, la acción debiera ser significativa. Es decir, para realizar una influencia esta acción debía tener un significado compartido, pues no existió nunca acción social libre de condicionamientos, incluso una mirada ajena podía tener la capacidad de orientar la conducta de otras personas, siempre y cuando ésta fuera significativa para aquel quien ha sido mirado. La persona que conoce bien a su madre sabría que cada uno de sus gestos, actitudes y acciones tienen un significado específico. Esto constituyó el carácter simbólico de la teoría weberiana, pues en este caso la acción nutrida por el sentido subjetivo ha hecho posible la enorme influencia (resultado) que algunas personas ejercen sobre nosotros (Weber. 1974).

Así es como la acción social no estuvo subordinada al concepto de grupo, aunque se podría hacer un análisis grupal. La investigación parte del individuo y sus acciones dotadas de significado, esto quiere decir que independientemente que un grupo cualquiera: clase social, individuo u otredad, no haya compartido el significado del individuo; de cualquier forma, cabe un análisis social siempre y cuando la acción fuera dirigida hacia otro individuo o el entorno.

Para Weber este fue un punto neurálgico del estudio de la acción social pues el investigador debía “identificar las conexiones del sentido que los sujetos le brindan a sus acciones”, esto quiere decir que la investigación se dirigiría hacia encontrar la congruencia entre las ideas que las personas le dan a las acciones, pues de esta manera se podría comprender el resultado obtenido. Este es el aspecto que distinguió la acción colectiva, de la acción social, pues en tanto que la primera buscó explicar la acción en sí misma y la segunda buscó extender la comprensión del fenómeno social hacia el resultado propio de la acción individual (Weber. 1974).

La forma más representativa en que Weber concretó este objetivo de investigación respecto de la acción social fue afirmando que existieran acciones sociales, que esconden conexiones de cuatro tipos:

acción tradicional, acción afectiva, acción con arreglo a fines y acción con arreglo a valores. Por un lado, comentó que las acciones tradicionales estaban condicionadas por costumbres y cuyo espíritu se encontraron arraigado en la actitud ritual, con elementos en su mayoría mágicos. Acciones afectivas que se encontraron determinadas por emociones y estados de ánimo anclados en sensaciones. La acción racional con arreglo a fines, misma que utilizaría medios conscientes para guiar la expectativa de modificar al entorno social y a otras personas. Y por último, acciones racionales con arreglo a valores que se guiarían por una valoración ética, estética, religiosa. En este sentido, es que las *relaciones sociales* al ser “recíprocamente referidas” estarían dotadas de sentido pues serían la prolongación de la acción en un contexto de intercambio entre personas, quienes esperan cierto tipo de respuestas.

Así es que las acciones sociales, no solo fueron aquellas realizadas por un número inmenso de personas, sino también, las que un individuo ha realizado sobre otro u otros. He aquí la importancia del postulado weberiano, pues bien se puede analizar la acción social como un caso individual, dejando de lado la noción de grupo o comunidad como condición para éste análisis.

Una crítica importante a Weber la protagonizó Schutz a partir del tema de la intersubjetividad en la acción social; es decir, la relación entre sujeto y sujeto. Para poder indagar sobre este tema el autor decidió estudiar el sentido subjetivo de la acción ubicándolo en el “mundo de la vida”. De esta manera el análisis de Schutz retomó el tema de la significación en el mundo de la vida cotidiana para poder superar la posibilidad de que los sujetos no compartieran un significado y por lo tanto no pudieran entablar un intercambio de acciones. Para poder sostener lo anterior el autor argumentó que el mundo de la vida ha sido intersubjetivo, en él las vivencias de los sujetos se suscitan a manera de un flujo continuo y ordinario en el que el “self” no solo ha actuado, también ha pensado y por ende ha reflexionado lo que ocurre en la vida cotidiana, viviendo en conciencia de su espacio y tiempo:

“La captación de la vivencia en la corriente pura de la duración se cambia, en cada momento, en el haber-sido-justamente-así recordado; es el recuerdo lo que aísla la vivencia de la corriente irreversible de la duración, y así, modifica la captación, transformándola en rememoración” (Schutz, 2004:77).

En esto consistió lo revolucionario de la teoría de Schutz, pues desde una perspectiva más fenomenológica, distinta a la de la perspectiva psicologicista de Mead, afirmó que no necesariamente los individuos debían compartir los significados y el sentido de las acciones. Para los sujetos las vivencias han sido indiferenciadas en el mundo de la vida, sin embargo, siempre existiría una retención de la vivencia pasada que pudiera ser diferenciada y que se reflejaría en el orden de sus predecesores. Solo las vivencias pasadas en su carácter de reflexionadas y retenidas, podrían ser significativas, de esta manera se construyó el mundo de la vida, pues el significado de la vivencia se encontró en la interpretación del sujeto y esto hizo posible su capacidad de verlas como conductas.

I.3.4. El proceso de cambio en las organizaciones sanitarias y la investigación de Trabajo Social

En una sociedad en la que la legitimidad endógena y funcional del Trabajo Social ha sido ampliamente cuestionada, estamos frente a la necesidad de transformación de las instituciones mexicanas con base en el marco de derechos humanos que se ha elevado a grado constitucional; la misión es adaptar las acciones sociales calculadas al principio “pro persona”, lo que demanda una intensa investigación sobre el cambio social que se debe trazar y ejercer, para que esto sea posible, se debe comenzar por la crítica a las normativas institucionales y terminar por la manera en que se expresan esos cambios en la vida cotidiana.

En este contexto es que se propone que Trabajo Social construya una legitimidad volitiva, que invite al trabajador social a adherirse de forma voluntaria a un principio conceptual surgido de la lógica de lo social; esto podría proporcionar una alternativa para quienes no han renunciado a su proyecto de profesionalización. Esto no es sencillo, pues quien haya pretendido desarrollar el concepto de cambio social, no podría cerrar los ojos a las inconmensurabilidades de los postulados teóricos de acción colectiva, acción social y acción holística; por lo que es pertinente tener en consideración que cada uno de ellos pone énfasis en perspectivas conceptuales diferentes, una con enfoque en la sociedad en su conjunto, otro con enfoque en el grupo y otra con enfoque en el individuo.

Como veremos en los siguientes capítulos, un ejemplo de este tipo de investigación es la presente tesis, que pretende describir a la discusión de atención integral con un enfoque en trato digno hacia las personas viviendo con VIH/sida en instituciones de salud. Sobre todo cuando estos servicios han operado previamente como el IMSS.; institución en que se contemplaban acciones sociales calculadas asistencialista pre-establecidas, y que actualmente con las reformas en derecho a la protección a la salud, elevadas al grado constitucional de derechos humanos, han tenido que transformarse.

¿Cómo se presentó el cambio social al interior de estas instituciones de salud que tenían que contemplar los nuevos enfoque de derechos humanos en la acción calculada para combatir el estigma hacia personas viviendo con VIH/sida? Para responder esta pregunta se ha hecho pertinente la investigación de este tema desde la perspectiva de Trabajo Social, pues no sólo tiene como objetivo dar cuenta de la existencia o no del estigma en un entorno social “dado”, sino que pretende hacer notar las condiciones singulares de atención hacia las personas infectadas y afectadas por VIH/sida.

Así fue como la investigación se ajustó a este contexto en que las instituciones debieran acomodarse a los nuevos enfoques de atención, pretendiendo dar cuenta del proceso de cambio que experimento la organización sanitaria. En este sentido y siguiendo la lógica de la investigación de la acción social con enfoque individual, fue necesario realizar un método introspectivo para comprender los sentido subjetivos de los agentes, desde la interpretación de los mismos informantes y realizar un esquema de la estructura situacional de la interacción de los agentes. Pues de esta manera se pudo identificar la

relación que guardaba el sentido subjetivo con la acción; es decir, se pudo identificar la conexión entre el sentido subjetivo de la acción y el acto mismo. Una vez hecho esto fue sumamente importante caracterizar la interacción interdependiente, caracterizando la estructura situacional singular sobre el trato digno en el HGZ.BD.IMSS.

I.4. REFLEXIÓN CAPÍTULAR

En este capítulo se argumenta un marco teórico-metodológico para Trabajo Social necesario de acuerdo a las acepciones de la profesión, la situación de la legitimidad de Trabajo Social y las necesidades de investigación en México a partir de los cambios institucionales que se han desembocado a partir de la reforma constitucional del 2011. De esta manera se argumenta que Trabajo Social puede ser una alternativa para dar cuenta de la transformación de la acción social calculada, siempre que se aborden las diferentes problemáticas sociales desde la “lógica del cambio social” y una perspectiva teórica sólida en acción colectiva, holística o social.

II.1. ANTECEDENTES BÁSICOS DE VIH/SIDA

La infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), sin el tratamiento adecuado, puede propiciar el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida²⁵). La infección por VIH podría permanecer asintomática entre 5 y 10 años, pero sin el tratamiento oportuno, ataca al sistema inmunológico; es decir, perjudica las "defensas" del organismo humano que combaten toda clase de enfermedades e infecciones, propiciando estados clínicos que producen el deceso de la persona. Este proceso de desgaste inmunológico se ha manifestado de formas muy variables de persona a persona, de acuerdo con la rapidez con que el virus debilita al sistema inmunológico.

Si el sistema inmunológico se debilita, el cuerpo humano pierde la protección ante los posibles agentes patógenos en su medio ambiente, generando un conjunto de síntomas que se presentan juntos y que podrían ser ocasionados por la concurrencia de más de una enfermedad. Estas enfermedades han sido nombradas como "oportunistas", porque se presentan ante el debilitamiento inmunológico, propiciando la pérdida de la salud e incluso la muerte. En este sentido, la expresión "murió de sida" nunca ha sido correcta, pues el colapso del sistema inmunológico no produce la muerte, por el contrario, la persona fallece debido a las enfermedades oportunistas que proliferan ante el síndrome, esto quiere decir que la expresión correcta es "muerte asociada al sida".

El VIH fue identificado como un retrovirus que presentó un genoma ARN, con un monocatenario de polaridad positiva, lo que le ha permitido replicarse a través del ADN celular. Este proceso se ha llevado a cabo a partir de una enzima que se llama transcriptasa inversa, que realiza una síntesis del ADN por medio de ARN viral. Esto dificulta su eliminación, ya que se inserta dentro del ADN celular, lo que ha imposibilitado la generación de una cura para la infección (Dewhurt, 1998).

Para infectar, los antígenos proteicos de la envoltura exterior del virus, tuvieron que acoplarse de forma específica con proteínas de células infectables, que llamaron Linfocitos T CD4; glóbulos blancos que se encuentran principalmente en la sangre y en otras sustancias como el fluido vaginal, semen, la leche materna y en una concentración menor en las células Langerhans, como ganglios linfáticos, mucosas y en lugares específicos del cuerpo, como en capas subcutáneas de la piel.

De ahí que estos fluidos fueran los principales medios de transmisión del VIH, hablando de vías de transmisión como la sexual, oral o genital, por contacto de fluido vaginal, semen, sangre y vía vertical que hace referencia al contacto del producto con sangre o líquido vaginal durante o después del parto,

²⁵ De Las enfermedades oportunistas son aquellas que se transmiten vía sexual y las que están relacionadas con la pérdida del sistema inmunológico, como Tuberculosis, Hepatitis B y C, Sífilis, Citomegalovirus, Toxoplasmosis, Sarkoma de Kapos, Candidiasis intestinal, faríngeo, Neumonía infecciosa, entre otras.

al igual que por tener contacto con leche materna; es decir, infección de madre a hijo durante el amamantamiento. Otra vía de transmisión ha sido el contacto con sangre infectada durante una transfusión sanguínea o al intercambiar objetos de uso personal, como jeringas, navajas o utensilios de curación, así como al contacto de heridas en mucosas o piel.

Así es como en la presente investigación no se contempla hablar de prácticas sexuales, estilos de vida, ni de persona como factores de riesgo para la transmisión de la infección, pues la transmisión involucra acciones entre un emisor y un receptor vía fluido con células infectadas.

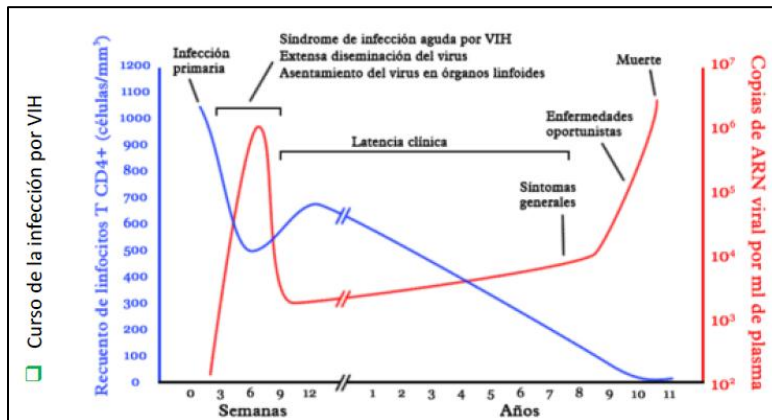
Un virus no podría considerarse como un organismo vivo con voluntad propia, se ha tratado de un organismo compuesto por grasa, proteínas y azúcares con información genética (en este caso ARN), e instrucciones enzimáticas para reproducirse. El virus nunca podría hacer nada sin células vivas, a la intemperie o ante la ausencia de células CD4 humanas el virus se elimina irremediablemente; esa es la razón por la que se debiera evitar utilizar la palabra “contagio”, pues el virus no puede ser transportado en el aire o en el agua; mucho menos por animales como mosquitos, perros, gatos, moscas e incluso otros primates (Dewhurt, 1998).

Aun cuando existiera entre los simios verdes y los chimpancés africanos un tipo viral muy parecido al VIH, el Virus de Inmunodeficiencia en Simios (VIS); o se ha comprobado que sea este “huésped” o “agente” el causante de la epidemia. Hasta en que se ha inyectado VIH a un simio, se ha comprobado que el animal elimina de forma natural el virus humano, sin presentar sintomatología. Por lo que muchas teorías han descartado que la génesis del VIH se encuentre en la interacción entre los seres humanos y los simios en África, refutándose con mayor razón las teorías xenofóbicas y racistas que culpabilizan a ciertas características étnicas y estilos de vida africanos de la existencia y proliferación del VIH. El señalar a un grupo de personas como culpables de la propagación de la epidemia, por sus características étnicas, no ha tenido ningún fundamento científico, a pesar que fuera en África en donde se encontraron los casos registrados más antiguos y en donde la epidemia ha mermado de forma considerable a la población (Grmek, 2010).

A partir de que se reveló la historia natural de la infección por VIH, en un esquema progresivo de la infección (Imagen 1) se ha podido controlar con mayor certidumbre la prevención, el tratamiento y el control del virus. Una persona infectada cumpliría un talud en los primeros meses y posteriormente presentaría una etapa asintomática que regularmente terminaría con un desgaste acelerado del sistema inmunológico a partir del séptimo año cumplido. Esta historia natural de la infección ha dado origen a la Clasificación de la CDC de Atlanta, misma que ha sido utilizada por mucho tiempo para identificar los momentos claves para tener acceso a medicamento, y ha resultado sumamente útil para identificar si la persona fue diagnosticada de forma temprana.

Mientras más temprano se realice el diagnóstico de VIH, la persona tendría más oportunidades de prevenir enfermedades oportunistas y otros padecimientos inflamatorios que en algunos casos pueden dejar secuelas permanentes entre las personas viviendo con VIH. Además fue sumamente útil debido a que se ha correlacionado a la detección oportuna del VIH con la reducción hasta del 96% de la eficacia de la transmisibilidad del virus por acceder de forma temprana a tratamiento (CENSIDA, 2014).

Imagen 1: Historia Natural de la Infección por VIH



Nota: Imagen extraída de Informe Mundial sobre la epidemia del SIDA 2010. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida.

La historia natural de la infección se divide en tres momentos, por un lado el periodo asintomático, momento idóneo para hacer detección oportuna, en la cual se podrían registrar conteos de células de CD4 que se encuentren entre las 1000 y las 500 c/mm³, en donde el número de copias del virus por milímetro cúbico en sangre (carga viral) estaría incrementándose. En segundo lugar, un momento sintomático en que se presentarían algunos síntomas y signos que están asociados a fiebres, diarreas, cefaleas, neumonías, etc., y el conteo de CD4 podrían encontrarse entre los 500 y 250 c/mm³, en esta etapa el virus posiblemente se encuentre por encima de las 10000 copias/mm³. Por último un tercer momento, al que nadie debiera llegar, estaría asociado a la presencia de enfermedades oportunistas y que se caracteriza por un conteo de 250 o menos CD4 c/mm³ y en el que el virus ha tomado seria ventaja.

La evolución de los momentos de la infección y el rango de tiempo en que se presentan los síntomas y las enfermedades oportunistas, además de depender de la historia de la infección, también ha dependido del tipo de VIH de que se trate, no sólo de los estilos de vida de las personas. Se han descubierto dos tipos de VIH que a su vez comprenden subtipos. La historia natural de la infección presentada anteriormente corresponde al VIH-1 que comprende hasta este momento la mayor cantidad de subtipos y que tiene aproximadamente este rango infectante, siendo el tipo de virus que se ha encontrado en la mayor parte de América del Norte, especialmente en México. El VIH-2 se encuentra

principalmente en África y cuenta con un periodo infectante más veloz que el VIH-1. Sin duda la personalidad y los hábitos así como la alimentación tendrían un papel importante en el desarrollo de la infección; sin embargo, no han sido pocos los casos que ante condiciones y estilos de vida similares entre los que se han observado la alimentación, la estabilidad emocional, entre otros; el virus y su capacidad infectante ha tenido serias variaciones sintomáticas particulares al organismo de cada uno de los individuos.

Ya se han desarrollado pruebas clínicas que brindan el diagnóstico del tipo de virus y su variación genética en las células CD4, así como su resistencia a ciertos medicamentos. La prueba confirmatoria Western Blot, ha podido dar cuenta del tipo de virus, lo que ha resultado sumamente importante para identificar el tipo de tratamiento, de acuerdo al caso específico de la persona. En este sentido es que siempre que el médico haya hecho una evaluación puntual de todo el cuadro clínico que la persona ha presentado, la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) dejó de ser sinónimo de muerte.

Incluso se ha recomendado a nivel internacional la detección oportuna y el comienzo de la ingesta de medicamentos antirretrovirales de forma temprana, para evitar la propagación de la epidemia hasta en un 95% cuando se administra de manera oportuna. Después de que se publicara el artículo HPTN 052, 1N Engl J. Med2011, 365:493-505; se ha confirmado la pertinencia del tratamiento Antirretroviral no solo para la mejora del estado clínico de las personas viviendo con VIH, también para la prevención de la infección, desarrollado terapias de profilaxis pre y post exposición para grupos con mayor probabilidad de infección.

De esta manera una persona viviendo con VIH puede proteger su salud y la proliferación de la epidemia accediendo a un tratamiento antirretroviral (ARV) que eviten que el conteo de virus en sangre se incremente de forma peligrosa para su salud, evitando también la aparición de problemas inflamatorios, desgaste y enfermedades oportunistas asociadas al sida. Con el desarrollo de los nuevos medicamentos ARV, a partir de 1996, y el acceso universal a tratamiento en 2001-2006, las personas diagnosticadas que accedían a tratamiento en etapas tempranas de la infección podían evitar la inmunodeficiencia y el desgaste de algunos órganos producidos por la inflamación ligada al propio virus y las enfermedades oportunistas asociadas al sida. Estos nuevos medicamentos demostraron en combinación con otros antirretrovirales, su capacidad de llevar a las PVVs a un estado de supresión viral, esto quiere decir, menos de 50 copias/mm³ en sangre, lo cual implicó que su estado virológico podía estar bajo control.

En las décadas de los 80 y 90 el sida tuvo una gran tasa de mortandad en el mundo, sin embargo, a partir de 1987 con la aparición de la Zidobudina o AZT, los tratamientos se han sofisticado de una manera revolucionaria, ya que después se comenzaron a desarrollar en 1991, con la aparición de la Dinanocina (DDL) y el (DDC), medicamentos Inhibidores de la Transcriptasa Inversa Análogos de

Nucleótidos (ITIAN). Con la aparición de los Tratamientos Antirretrovirales de Gran Actividad (TARGA) se comenzó a visualizar un tratamiento más completo que incluía tanto los Inhibidores de Proteasa (IP) Saquinavir (SQV) Ritonavir (IR) en 1995-1996, seguido por los Inhibidores de Transcriptasa Inversa No análogos de Nucleótidos (ITINN) como la Nevirapina (NVP) (CENSIDA, 2014).

Cada uno de estos medicamentos ha tenido la capacidad de suspender algún momento del proceso de integración, transcripción y reproducción del virus dentro de la célula, por lo que se ha recomendado la combinación de dos o tres tipos de medicamentos para una mayor efectividad. Recomendación que se ha incluido en las guías internacionales y nacionales sobre tratamiento ARV, contemplando un primer esquema de tratamiento aquellos medicamentos que hayan disminuido su toxicidad y efectos secundarios, mejorando también la facilidad de administración y por ende el apego a tratamiento. La aparición del Efavirenz (EFV), el Tenofovir (TDF) y la Emtricitabina entre 1998 y 2003, así como la tableta comprimida con los tres compuestos, ha sido adoptado, por muchos Programas Nacionales de Salud entre ellos el mexicano, incluso, en el caso de Truvada (Tenofovir y Emtricitabina) ha sido aprobado internacionalmente como Profilaxis Pre y Post-exposición (PREP) (CENSIDA, 2014).

II.1.1. El VIH en el Mundo.

La sofisticación de los tratamientos y la implementación de Programas Nacionales de Respuesta con plena cobertura de tratamiento a las personas diagnosticadas ha permitido la disminución de los nuevos casos de VIH y la disminución de las muertes asociadas al virus en todo el mundo. El Informe Mundial sobre la epidemia del SIDA 2010, editado por ONUSIDA, puso de manifiesto que el número de nuevas infecciones ha descendido como resultado del impacto de los programas del VIH. De acuerdo con sus datos la incidencia disminuyó un 25% a nivel mundial entre 2001 y 2009. Si bien el continente Africano no se han ajustado a esta tendencia global, en Europa, Asia y América, las tasas de nuevas infecciones anuales se han mantenido estables durante al menos los últimos cinco años.

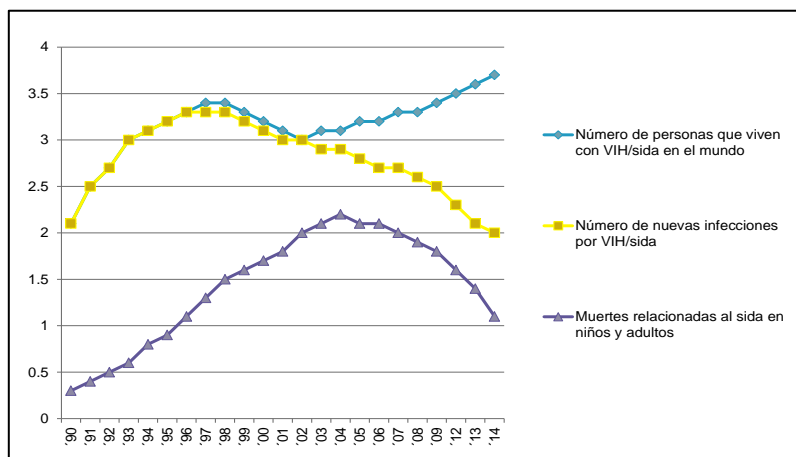
Imagen 2. Comparativo mundial del VIH y SIDA, 2001-2009

		Adultos y niños que viven con el VIH	Nuevas infecciones por el VIH en adultos y niños	% prevalencia en adultos (15-49 años)	Muertes relacionadas con el sida en adultos y niños
MUNDIAL	2009	33,3 millones [31,4–35,3 millones]	2,6 millones [2,3–2,8 millones]	0,8 [0,7–0,8]	1,8 millones [1,6–2,1 millones]
	2001	28,6 millones [27,1–30,3 millones]	3,1 millones [2,9–3,4 millones]	0,8 [0,7–0,8]	1,8 millones [1,6–2,0 millones]

Nota: Imagen extraída de Informe Mundial sobre la epidemia del SIDA 2010. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida.

Como se pudo apreciar en la imagen 2, la baja incidencia de VIH contribuyó a mantener una prevalencia estable entre 2001 y 2009, misma que se mantuvo en el margen del 0.8. Esto se ha traducido en la disminución del número de defunciones anuales a consecuencia del aumento de la disponibilidad de terapia antirretroviral, así como de los servicios de atención otorgado a finales de los noventas y las acciones de la respuesta asumidas en la Declaración Política sobre VIH/sida 60/262, en 2006, por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Imagen 3: Panorama mundial de la epidemia de VIH/sida.



Nota: Imagen realizada con base en “Informe Mundial ONUSIDA 2010”.

Las cifras de muertes asociadas a la infección por VIH siguieron bajando después de su punto más alto en 2004, siendo el rango máximo entre 1,9 millones-2,3 millones, con una letalidad de 6.6%; hasta el nivel de 1,6 millones [1,6 millones-2,1 millones] en 2009, lo que representó una letalidad de 4.8% (ONUSIDA, 2010).

II.1.2. El VIH en América Latina

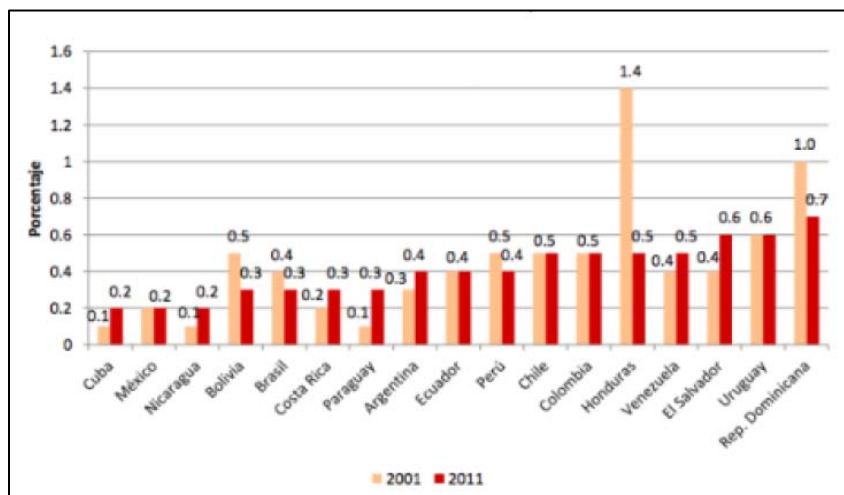
En América Latina la infección por VIH se mantuvo en una prevalencia del 0.4 y 0.5 y se encontraba concentrada en poblaciones claves²⁶, como había venido sucediendo desde los 80 y 90. En Latinoamérica, la vía sexual continuaba siendo la forma más común de transmisión de la infección y el número de muertes por causas asociadas al sida se mantenía estable desde el 2006.

En América Latina el acceso a tratamiento para 2011 era el más alto del mundo, llegando al 51%. Esto se tradujo en un menor número de muertes asociadas a sida, el número de muertes se mantuvo estable desde el 2006. Las muertes en la región se asociaron a que la epidemia estaba concentrada en grupos

²⁶ De acuerdo con los informes de la Clínica Especializada Condesa (CEC) el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el CENSIDA las poblaciones claves en América Latina son los hombres que tienen sexo con hombres y personas transexuales, así como usuarios de drogas intravenosas (UDIs), trabajadoras y trabajadores sexuales y sus clientes, sin embargo, para la presente investigación no se retoma esta categorización, ni la de población vulnerable que tienen un carácter epidemiológico.

tradicionalmente excluidos de los servicios de salud. En la región persistieron problemas en la compra, abastecimiento, distribución de medicamentos y el gasto destinado a la epidemia de VIH, lo que se reflejó en la variabilidad de la prevalencia entre países (Imagen 3).

Imagen 4. Prevalencia en América Latina 2011



Nota: Imagen extraída del portal de CENSIDA <http://www.censida.salud.gob.mx/>

Evidentemente el aspecto estructural en los servicios de salud como la normatividad, los procedimientos, la disposición de las autoridades nacionales y locales; así como el sistema fragmentado de salud y la interacción estigmatizada médico/paciente, han representado un problema difícil de combatir para garantizar la detección temprana y el acceso universal al tratamiento. Las muertes en la región estuvieron relacionadas a la epidemia concentrada en grupos tradicionalmente excluidos del servicio de salud con escasas redes sociales de apoyo y capital social, así como ampliamente estigmatizados y discriminados por razones de orientación sexual, identidad sexual, clase económica, género y etnia, etc.

II.1.3. El VIH en México

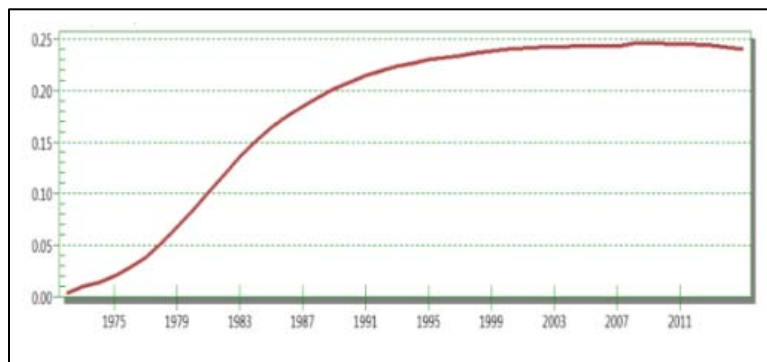
En México las primeras instituciones en brindar los medicamentos ARV fueron el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Pero con la creación del Centro Nacional de Prevención y Control de VIH/sida (CENSIDA) y algunos programas estatales; la cobertura universal de los servicios médicos han mejorado, diversificado las instituciones de salud que brindan acceso universal a tratamiento ARV.

Actualmente se ha contado con una amplia infraestructura nacional de centros de salud ambulatorios para garantizar el acceso universal a tratamiento ARV que forman parte del sistema de salud. Las diferentes instituciones de salud han dado acceso universal a la atención y tratamiento ARV, tal fue el

caso del IMSS, ISSSTE, SEDENA; y Hospitales de la Secretaría de Salud como los Servicios Integrales de Salud (SAI's) o Centros de Atención para Pacientes Ambulatorios en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS).

Debido a que en México se ha impulsado el acceso universal a tratamiento la epidemia se ha mantenido concentrada en poblaciones claves con una prevalencia de 0.2, comenzándose a estabilizar a finales de los noventa (Imagen 5). De acuerdo con el informe de la Clínica Especializada Condesa (CEC), las poblaciones más afectadas en México son los trabajador@s sexuales, los hombres que tienen sexo con hombres, las personas transexuales y los usuarios de drogas inyectables. Las autoridades han declarado que, al igual que las tendencias mundiales, la epidemia se ha mantenido concentrada debido al éxito en las campañas de prevención y el acceso universal a tratamiento de las personas viviendo con VIH.

Imagen 5. Prevalencia estimada en adultos (15-49 años) en México 2011.



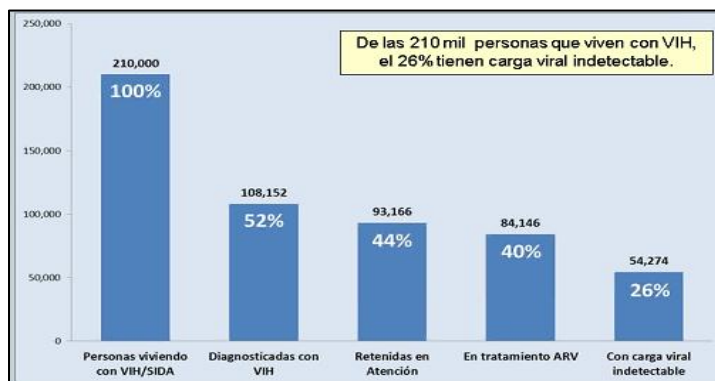
Nota: Imagen extraída del portal de CENSIDA. <http://www.censida.salud.gob.mx/>

Sin embargo, el reto ha sido grande en México debido a que se estimó para 2012 que podrían existir 210 000 personas que se encuentran infectadas con el virus y solo el 52% de éstas se encuentran diagnosticadas. De acuerdo con estimaciones el 54% de las personas viviendo con VIH no se encuentran enterados de su diagnóstico, por lo que tendrían amplias posibilidades de transmitir el virus (CENSIDA, 2014).

Además, aquellas personas que se encontraban en atención médica y bajo tratamiento sólo un porcentaje muy reducido han conseguido controlar su carga viral. Esto quiere decir que del estimado de personas infectadas por VIH, solo se han mantenido en control viral el 26%, en 2012 (Imagen 6), por lo que es prudente elevar este porcentaje si se pretende poner en práctica estrategias de prevención combinada²⁷ (combinar estrategias de prevención biomédica, comportamental y estructural).

²⁷ Véase “Guía Nacional de Prevención del VIH y el sida” en donde se afirma que este es un enfoque que combina las estrategias biomédicas, comportamentales y estructurales para la prevención del VIH, adecuada a las necesidades y contextos nacionales y locales.

Imagen 6. Cascada de atención para México 2012.



Nota: Imagen extraída de Presentación “La atención médica de las personas que viven con VIH/Sida: La cascada de atención 2012” del 15 de abril del 2014. (Magis-Rodríguez, 2014).

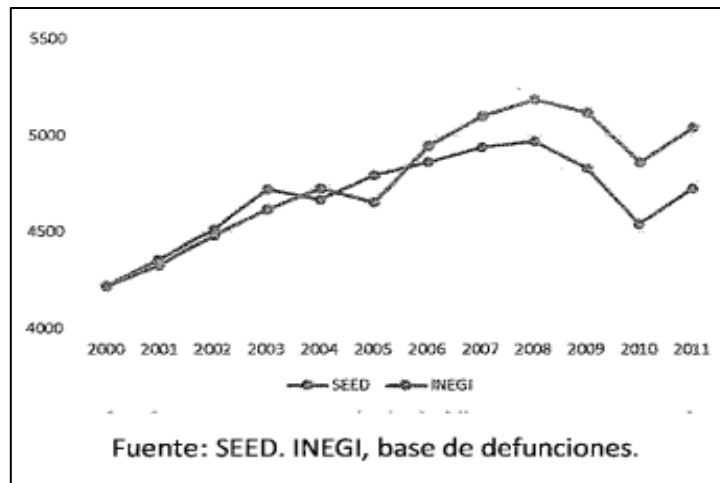
Sin embargo, a diferencia de las tendencias mundiales en México la mortalidad no ha tenido una caída significativa. Al respecto, existe una problemática para poder contar con un dato certero del número de muertes asociadas al VIH en México, ya que en nuestro país se han publicado datos muy diversos y contradictorios respecto a este fenómeno. Desde luego que la Secretaria de Salud ha publicado que las defunciones asociadas al VIH/sida han decrementado considerablemente²⁸, y por su parte el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y otras instituciones como CENSIDA, ha optado por utilizar la tesis demográfica²⁹. Pero lo cierto es que las tendencias no han bajado tan significativamente como en el resto del mundo.

Para profundizar un poco en el tema, se pueden consultar dos procedimientos, que parecen ser los más completos en términos de su capacidad para tomar una fotografía más amplia del fenómeno en nuestro país; uno de ellos es el procedimiento del Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED), que registra los casos utilizando como base los certificados originales de defunción y codifica las causas de muerte manualmente; esto quiere decir que realiza un registro muy minucioso de las causas de muerte. Por otro lado encontramos al Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información (INEGI), que realiza su análisis con base en el Sistema de Registro Civil y las agencias del Ministerio Público, utilizando algoritmos de causa básica desde el 2007.

²⁸ Desde el 2010 los titulares de la Secretaria de Salud y CENSIDA han declarado sistemáticamente que la tasa de mortalidad asociada al VIH/sida han descendido sistemáticamente desde el 2009. Fuente: http://www.notiese.org/notiese.php?ctn_id=4480

²⁹ La tesis demográfica y epidemiológica sostiene el argumento de que las muertes asociadas a VIH/sida se diferencian por Estado de la Republica y que además pueden variar por momentos de detección temprana o tardía, así como por la historia natural de la enfermedad y el acceso a diferentes servicios de salud como hospitalización o atención ambulatoria.

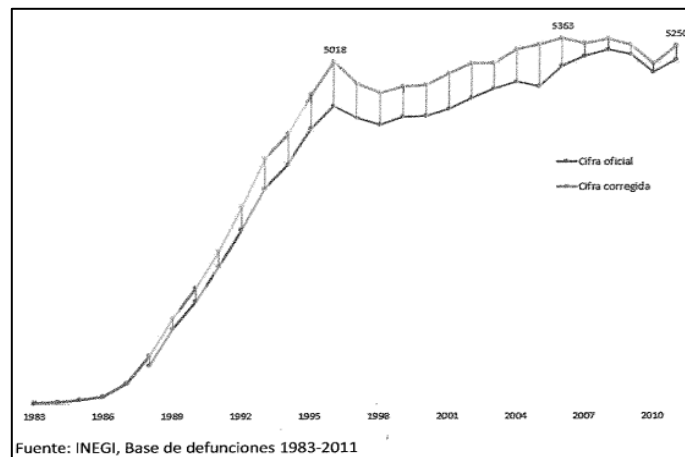
Imagen 7: Diferencia en el reporte del SEED e INEGI, muertes por VIH/sida en México (2001-2011).



Nota: Imagen extraída de “Reporte del análisis de mortandad, contrastado y validado” en el documento “Estudiar las causas dentro y fuera del sistema de salud que provocan variabilidad en los patrones de mortalidad por SIDA en las Entidades Federativas” del INSP.

Sin embargo, en ambos sistemas existen problemas de clasificación sobre las muertes asociadas al VIH/sida, ya que existe una seria problemática para identificar si las PVVs mueren por una causa asociada al VIH/sida, o solo se identificó en el expediente su diagnóstico reactivo y se utilizó como marcador para registrarla en el acta de defunción. Han existido serias complicaciones de definición para poder afirmar que la persona realmente murieron debido a una enfermedad asociada al VIH/sida, entre otras, también existe la posibilidad de que los familiares hayan solicitado una causa de muerte que no este asociada al VIH/sida. Por esta razón se han tenido que realizar ajustes a las estadísticas de ambos sistemas y a las cifras oficiales en diferentes momentos, ya que se han reportado diferencias sustanciales en sus cálculos:

Imagen 8: Muertes por VIH/SIDA en México (1983-2011), cifras oficiales y cifras corregidas.

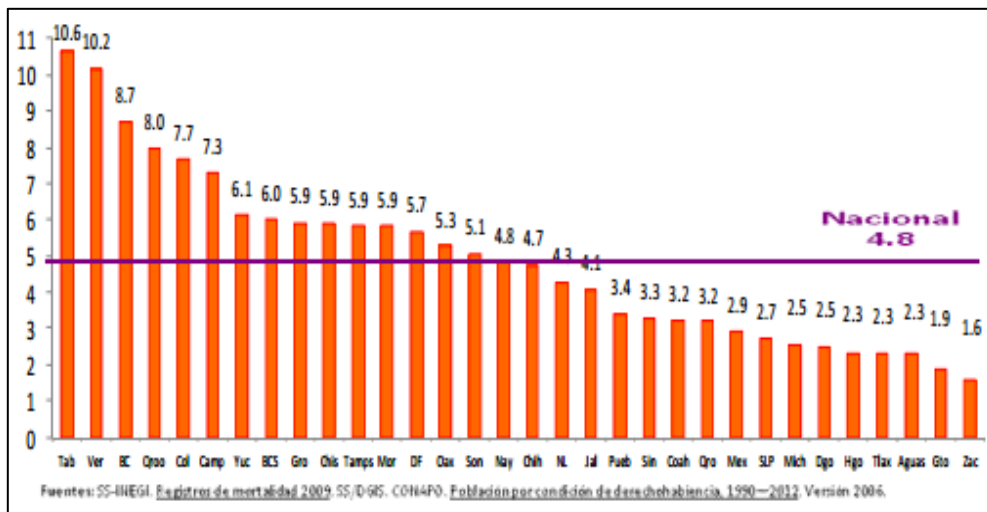


Nota: Imagen extraída de “Reporte del análisis de mortandad, contrastado y validado” en el documento “Estudiar las causas dentro y fuera del sistema de salud que provocan variabilidad en los patrones de mortalidad por SIDA en las Entidades Federativas” del INSP.

Una vez revisada esta gráfica es evidente que la mortalidad³⁰ en nuestro país no ha tenido la misma tendencia descendente que en otras partes del mundo. Sin duda podemos ver que después de 1997, hubo un decremento, años en que se hizo palpable la aparición de nuevos medicamentos, pero ni siquiera después de la creación del Programa Nacional de Respuesta al VIH/sida, y tampoco al momento en que se generaliza la cobertura universal a tratamiento, han disminuido las muertes asociadas a VIH/sida, por el contrario la gráfica demuestra que se han mantenido estables y con ocasiones con una ligera tendencia ascendente.

Esto puede deberse a diferentes aspectos, por ejemplo, es posible que la prevención implementada en el país desde las instituciones de salud, no ha tenido los mismos logros que ha nivel internacional; pues las personas aún llegan a etapas de sida o se diagnostican en etapas tardías de la infección. Por otro lado es posible que la atención integral proporcionada en los diferentes servicios de salud no hayan tenido el suficiente éxito para vincular y retener a los pacientes de una manera efectiva, quizá la prevención secundaria hacia las personas que viven con VIH/sida no ha sido lo suficientemente exitosa y no permiten la mejoría de sus estados clínicos, entre otros aspectos.

Imagen 9: Mortandad nacional y por entidad federativa asociada al VIH/sida en México 2009. INEGI.



Nota: Imagen extraída de “El VIH/SIDA en México 2011: Numeralia epidemiológica” CENSIDA.

Por otro lado, es posible que exista una atención demasiado heterogénea por Estado, institución o servicio de salud; sobre todo respecto a la capacitación y sensibilidad de atención por parte del personal

³⁰ En el último informe publicado en 2016 por CENSIDA “Informe Nacional de avances en la respuesta al VIH y el SIDA” el gráfico de mortalidad demuestra que esta tendencia ha continuado por lo menos hasta el 2013, último dato que aparece en el documento.

medico. El mayor número de casos en el 2011 se encontraba en la zona centro del país, lo que reflejó que la expansión de la epidemia de VIH/Sida está asociada con las características demográficas del país, pero resulta evidente que la epidemia ha seguido creciendo en tanto no se revisen las estrategias de respuesta al VIH/sida, registrándose una mayor mortalidad en la mayor parte de las entidad federativa del sur del país, por lo que habría de revisar la distribución desigual de los recursos estructurales y las características de los servicios en esos Estados.

II.2. LA ARTICULACIÓN DE LA RESPUESTA AL VIH/sida

La aparición de la infección por VIH/sida no solo cambió los ámbitos operativos de los servicios de salud en todo el mundo, también modificó la política global en salud y la manera en que las sociedades comprenden y reaccionan ante la diversidad sexual y estilos de vida alternativos. Desde la aparición de los primeros casos, las instituciones de salud se han visto en permanentes retos biomédicos, comportamentales y estructurales. En este sentido, para Mirko Grmek la epidemia del VIH/sida se convirtió en la enfermedad de la globalización:

“Por su asociación con el sexo, la sangre, las drogas y los viajes (...) (el VIH/sida) su evolución y su estrategia (...) expresa nuestra época (...) desarregla en primer término las defensas inmunológicas del organismo, después (...) perturba las relaciones sexuales y finalmente envenena las relaciones sociales de manera (...) más sutil y más insidiosa que la lepra medieval, la sífilis renacentista o la tuberculosis de la época de las maquinas (industriales)” (Grmek, 2010: 22).

Ante la aparición de los primeros casos de sida en la década de los 80 las instituciones de salud sobre todo en Estado Unidos y Francia, como la CDC de Atlanta, National Institute of Health, el Instituto Pasteur y la Organización Mundial de la Salud; tuvieron que valorar el concepto clásico de enfermedad (Grmek, 2010).

Mirko aseguró que ante la aparición de los primeros casos de sida, la enfermedad llamó la atención debido a que tuvieron que reconceptualizar el término de enfermedad, enfrentarse a un nuevo reto para su categorización, teniendo que apoyar en una visión más interdisciplinaria. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), como enfermedad producto de una infección crónica no concuerda con síntomas o lesiones anatómicas definidas o recurrentes. El proceso infeccioso se produce en un nivel celular que escapa a los ojos de las personas y por ello fue difícil su categorización y su identificación. Además los resultados de la infección, podían producir múltiples enfermedades que variaban desde la toxoplasmosis, la infección por citomegalovirus, manguet, diarreas, fiebres, neumonosis, etc.

Ante la ausencia de una prueba clínica que diagnosticara la enfermedad, debido a que al principio no se conocía con exactitud el agente infeccioso, se comenzaron a vigilar los cuadros clínicos de los casos que se presentaron, esperando poder descifrar el agente que tenía como consecuencia los signos y síntomas

observados. La dificultad para identificar la enfermedad que se presentaba hasta ese momento no sólo estuvo relacionada con el diagnóstico de enfermedades que no se presentaban de forma común en personas jóvenes o adultos entre 20 y 30 años de edad, tal como fue el caso en Estados Unidos, especialmente en los Ángeles y San Francisco, sino que además, se presentaron por primera vez en poblaciones que tenían una carga social de estigma y discriminación en sus contextos socio-históricos. Esto propició que la identificación de la enfermedad no pudiera realizarse a la luz de una actitud científica libre de prejuicios; sino que se presentaron diversas hipótesis basadas en la desacreditación de grupos que durante la emergencia aglutinaron los principales casos (Grmek, 2004).

Solo hace falta un recuento de las palabras con que se nombró a la enfermedad para caracterizar el estigma y la discriminación que se generó en varios ámbitos sociales. La enfermedad recibió muchos apelativos como “cáncer rosa”, “*Gay Related Immuno Deficiency (GRID)*”, “neumonía gay” o “Enfermedad de las 4H (Homosexuales, Hemofílicos, Haitiano, Heroinómanos); que hacían evidente un difícil entorno de rechazo y maltrato, no sólo hacia las personas infectadas y enfermas, sino hacia quienes, sin encontrarse enfermos, se consideraban los propagadores de la misma. En este sentido fue que el estigma asociado al VIH/sida siempre ha estado estrechamente relacionado con estilos de vida, particularmente con los estilos de vida asociados a la diversidad sexual y específicamente con la homosexualidad entre hombres.

Mirko mencionó que el primer estudio estadístico de la CDC de Atlanta, fue contundente para determinar los signos y síntomas de la enfermedad desde una perspectiva científica que se basó en aspectos químicos y biológicos. Esto ayudó a identificar que los casos coincidían en un aspecto bio-celular que era la disminución de los linfocitos T, además se identificaron algunos síntomas que aunque no se presentaban en todos los pacientes, eran constantes, como sudoraciones nocturnas, inflamación de ganglios, fiebre, pérdida de peso y diarreas; además se pudieron identificar que los primeros casos tuvieron una relación primordialmente sexual y estaban relacionados entre sí a manera de una red de vinculación social. Esto permitió al fin identificar algunos aspectos de la historia natural de la enfermedad y además identificar el padecimiento y identificar que se trataba de un padecimiento inmunodepresor infeccioso, así como confirmar algunas vías de transmisión, no asociadas a prejuicios, sino con base en evidencia científica.

Sin embargo, el estigma y la discriminación seguían presentes a pesar de identificar que se trataba de un síndrome y no de una enfermedad, a pesar del descubrimiento del agente viral por Gallo y Luc Montanier, la aparición de casos entre la población heterosexual, específicamente mujeres, la identificación precisa de los medios de transmisión y la posibilidad de prevenir la infección. Las personas infectadas o enfermas eran privadas del ejercicio de sus derechos, sufrirían rechazos y malos

tratos aún después de su muerte, además de que el estigma y la discriminación se extenderían también hacia las familias y aquellas personas que se solidarizaban con la lucha contra la epidemia.

Muchos países, entre ellos Estados Unidos, cerraron sus fronteras a la posibilidad de que extranjeros diagnosticados con la infección entraran o residieran en su territorio. Muchos hospitales y servicios funerarios no aceptaban a las personas con la enfermedad o que hubieran fallecido por una causa de muerte asociada al VIH/sida. Los bancos de sangre en diferentes países asumieron medidas para combatir la epidemia, sobre todo en términos legislativos relacionados con la comercialización de plasma y la esterilización de la sangre. Las encuestas centinela sobre VIH/sida se convirtieron en una medida obligatoria en caso de una presunción de diagnóstico positivo a VIH.

II.2.1. De la lucha contra el VIH/sida

En este entorno hostil las personas viviendo con VIH/sida organizadas como sociedad civil educada, lograron encontrar un principio que fundamentara su reivindicación ante las múltiples acusaciones y señalamientos de las que eran objeto. Al principio, muchas movilizaciones y organizaciones adoptaron una bandera de “lucha contra el VIH/sida” y en varias partes del mundo las encabezaron organizaciones de la diversidad sexual, especialmente organizaciones que realizaban activismo a favor del movimiento homosexual que para entonces en Estados Unidos ya contaba con aproximadamente una década de trabajo desde los sucesos de 1969 en Stone Wall, Nueva York (Murcia, 2010).

En 1983 en Denver, Colorado, se realizó un Congreso de Organizaciones de la Sociedad Civil, al que asistieron muchas personas diagnosticadas, dando origen a los “Principios de Denver” primer documento en que se reivindicaba la dignidad como fundamento a sus derechos. En este documento se hizo la recomendación a la población en general de no hacer a las personas con sida “chivos expiatorios ni los culpen de la epidemia”, dejando de “generalizar” sobre sus estilos de vida; además, a las personas infectas se les recomendó involucrarse, organizarse y ser inclusivos para responder a la epidemia, enfatizando su derecho a una vida emocional y sexual plena, a un tratamiento médico de calidad, a una explicación completa de todos los procedimientos del servicio médico y a la “privacidad y confidencialidad de los expedientes médicos, al respeto humano” y a escoger de forma libre sus seres amados.

Esta primera declaración sirvió de punto de partida para un movimiento de lucha contra el sida que tras la aparición de organizaciones dedicadas a trabajar exclusivamente el tema de VIH/sida en todo el mundo y la presión ejercida por diversas organizaciones ante instituciones internacionales, sirvieron de argumento para el activismo que encontraron sustento jurídico en las obligaciones legales de los Estados, en respetar, proteger y hacer cumplir los derechos humanos y en particular el derecho a la salud.

El incremento del número de movimientos civiles nacionales de lucha contra el sida, que proporcionaban servicios de salud y asesoría jurídica, respaldados por el principio de dignidad con base en las obligaciones internacionales, estatales y locales de derechos humanos, hizo cada vez más evidente la necesidad de una organización global para la respuesta al VIH/sida. Organizaciones como ACT UP, en Estados Unidos, Fundación Terrence Higgins en Inglaterra, FASO en África y en países de América Latina, como “Amigos contra el sida”, “Colectivo Sol”, “Frente Nacional de Personas Afectadas por el VIH/sida, (FRENPAVI)” en México, condenaban que las acciones de los Estados eran insuficientes ante el incremento de nuevas infecciones y defunciones cada año (ONUSIDA, 2004).

Ante el desbordamiento de la problemática relativa al VIH/sida, en la “Cumbre Mundial sobre el SIDA” de 1994, celebrada en París, se declaró que el sida, por su magnitud, constituyó una amenaza para la humanidad, reconociéndose la existencia de obstáculos culturales, jurídicos, económicos y políticos. Se reconoció la necesidad de que surgieran nuevas formas de solidaridad local, nacional e internacional; impulsadas especialmente por las organizaciones civiles, los Estados firmantes de la Cumbre y un programa conjunto con las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA, 2004).

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), fue creado en 1996, bajo el compromiso de respetar los derechos de las personas y su objetivo fue fortalecer las acciones en combate al VIH/sida. El mismo año se concretó una resolución para que el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), emprendiera esfuerzos conjuntos con ONUSIDA, Organismos internacionales, los Estados y las organizaciones no gubernamentales con el fin de “elaborar Directrices para la promoción y protección del respeto de los derechos humanos en el contexto del VIH/SIDA”, mismas que fueron publicadas en 1998 (ONUSIDA, 2004).

Una vez establecidas las directrices internacionales sobre VIH y su vínculo con los derechos humanos, quedaba pendiente el seguimiento puntual de la implementación de los principios de Denver y la Cumbre Mundial de París, pues en muchas partes del mundo el entorno social continuaba siendo sumamente hostil. Muchos activistas como Philly Lutaaya o la organización Global Network of People Living with HIV (GNP+), adoptaron nuevas formas de expresión para combatir el estigma y la discriminación.

La frase “persona que vive con VIH/sida (PVVs)” por ejemplo, es atribuida a GNP+, cuya intención fue hacer énfasis en el principio de dignidad, además de hacer notar que a pesar de que las personas no se encontraban infectadas, como familiares, parejas o amigos, éstas también fueron afectadas en su dignidad por ser objeto del estigma y la discriminación asociada al VIH/sida. Este principio y el Modelo “Greater Involvement of People Living with or Affected by HIV/AIDS” (GIPA), fueron asumidos por ONUSIDA como política de fomento a la participación, no sólo de las personas viviendo con VIH,

también hacia sus familiares, amigos o parejas, en el entendido que se buscaba superar la distinción entre “prestadores del servicio” y “receptores del servicio” (ONUSIDA, 2010).

Sin embargo, a pesar del surgimiento de los nuevos medicamentos inhibidores de la proteasa en 1996, que demostraron su efectividad en el combate viral, así como el avance en materia de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), los nuevos caso y las defunciones continuaban incrementándose, por lo que se identificó que era necesaria una respuesta global y organizada para combatir la epidemia.

En la Cumbre Especial para la Organización y Unidad de África se adoptó la Declaración de Abuja y se reconoció que la epidemia de VIH ha sido una emergencia para este continente. Kofi Anan, Secretario General de Naciones Unidas, una vez aprobados los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM), declaró cinco acciones prioritarias para la respuesta a la epidemia. Entre los que se encontraba la prevención de la propagación de la epidemia, reducción de la transmisión vertical, lograr el acceso universal a tratamiento, proteger a quienes han sido más vulnerables a la epidemia, así como buscar una cura para la infección (ONUSIDA, 2010)

El Consejo de Seguridad de Naciones Unidas en el año 2000, aprobó la Resolución 1308, donde se consideró a la epidemia de VIH como un asunto de seguridad mundial, a partir de la cual se fomentó la Alianza Pan-Caribe contra el VIH/sida, con el afán de movilizar recursos de los gobiernos, sociedad civil, sector privado y organismos regionales e internacionales para dar inicio a una respuesta más contundente a la epidemia del VIH/sida.

En 2001 la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó, en sesión extraordinaria sobre VIH, la Declaración de Compromisos en la Lucha contra el VIH/SIDA (UNGASS 2001, por sus siglas en inglés) con la que se establecieron objetivos comunes entre Estados firmantes de la declaración, para reducir y frenar la propagación de la epidemia. Esta declaración ratificaba las cinco acciones propuestas por Kofi Anan, y en la declaración se ratificó la creación de un Fondo Mundial contra el sida y para la Salud.

II.2.2. De la respuesta al VIH/sida

Una vez que se establecieron las bases de la llamada “Respuesta al VIH/sida³¹” en la Declaración UNAGASS 2001, quedaban pendientes dos temas primordiales para llevar a la práctica los compromisos adquiridos a nivel nacional, regional y mundial. Uno de estos temas estaba relacionado con la disposición de la industria farmacéutica para que se pudiera tener acceso a los medicamentos antirretrovirales sin que esto representara un gasto oneroso o lucrativo, sobre todo en el entendido de que las regiones con mayor prevalencia e incidencia de nuevos casos se encontraban en países que no

³¹ De acuerdo con el documento “Orientaciones terminológicas de ONUSIDA” publicado en 2011, se debe utilizar el TÉRMINO DE Respuesta al VIH/sida en lugar de cualquier otro termino que involucre una posición bélica o militar.

podían costear grandes sumas. Por otro lado, estaba pendiente la creación del Fondo Mundial para VIH/sida y la Salud, así como garantizar la existencia de recursos suficientes para implementar las medidas contenidas en la declaración.

A la par de la creación del Fondo Mundial las organizaciones y agrupaciones civiles hicieron cada vez más evidente la imposibilidad del acceso al medicamento en diversos servicios de salud, sobre todo aquellos dedicados a brindar atención a la población con mayores índices de pobreza y marginación carecían del acceso a toda clase de medicamentos y no solo a los antirretrovirales. Las principales razones se encontraban en problemas arancelarios o por el desabasto debido a los elevados costos.

Un ejemplo evidente de lo anterior fue una Campaña de Médicos Sin Fronteras, sobre Acceso a Medicamentos Esenciales, así como la Iniciativa de Tratamientos para Enfermedades Desatendidas. Las organizaciones de lucha contra el sida en muchos casos agrupados en colectivos también apoyaron esta iniciativa que colocó en la opinión pública la falta de normas comerciales, de propiedad y la pericia de los servicios de salud para solucionar el desabasto de medicamento. (ONUSIDA 2004).

Ante una participación nutrida de organizaciones y agrupaciones de la sociedad civil sobre el tema del acceso universal a medicamentos, surgió la Declaración de Doha en Qatar durante la Conferencia Ministerial de la Organización Mundial de Comercio (OMC) en 2001. En esta declaración se estipularon aspectos de derechos de propiedad, principio de comercio que debía ser interpretados y aplicados a favor de los derechos de los miembros de la OMC, siempre que se buscara el fin último de proteger la salud y sobre todo la promoción del acceso a los medicamentos para todos, misma que fue celebrada por la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Por lo que instó a la comunidad internacional a que se definieran los canales apropiados para que todos los países se beneficiaran de las disposiciones de la declaración (ONUSIDA, 2004).

El cumplimiento de acceso universal a medicamentos había dado un paso importante, sin embargo, con el tiempo se pudo identificar que uno de los principales obstáculos de la respuesta era el tema económico, sobre todo si el Fondo Mundial contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, no contaba para 2002 con los recursos suficientes para costear el acceso universal a tratamiento, punto central en los Objetivos del Desarrollo del Milenio. Muy pronto se identificó que si se pretendía cubrir con este objetivo era necesaria la creación de otro organismo que pudiera apoyar al Fondo Mundial en su labor, por lo que en 2003 se estableció “El Plan de Emergencia del Presidente de Estados Unidos para la Respuesta al SIDA” (PEPFAR)(ONUSIDA 2011).

El PEPFAR tuvo una importante contribución y revitalizó financieramente la respuesta a la epidemia del VIH, contando con 48 mil millones de dólares para 5 años de operación. Este organismo se caracterizó por ser un importante aliciente para la respuesta a la epidemia. Tras su renovación en 2008 y su más reciente renovación en 2010, ha financiado un sin número de actividades de investigación de la

industria farmacéutica, la creación de programas y estrategias nacionales y regionales, dando recursos para iniciativas de organizaciones de la sociedad civil y haciendo posible que el objetivo de acceso universal a tratamiento se convirtiera en realidad en diversas regiones y países del mundo.

Una vez establecidos los recursos financieros necesarios para la operación de la respuesta global al VIH/sida, varios Programas Nacionales de Respuesta al VIH/sida fueron creados y financiados teniendo como base las actividades y referencias claras de los avances que se derivaron de los nuevos tratamientos y estrategias de respuesta al VIH que se realizaban de forma conjunta a nivel nacional, regional y mundial.

La Alta Comisionada para los Derechos Humanos y el Director Ejecutivo de ONUSIDA, decidieron convocar la Tercera Consulta Internacional sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos el 25 y 26 de julio de 2002 en Ginebra, con el propósito de actualizar la Sexta Directriz. Este documento consolidó las Directrices originales con la Sexta Directriz revisada, junto con los comentarios en relación con ésta y las recomendaciones para su aplicación. Una vez realizada esta revisión la capacidad de respuesta hacia el VIH/sida se fue incrementando. En el documento final de la Cumbre Mundial de 2005, se ratificaron los compromisos de UNGASS 2001 y se comprometieron a una ampliación masiva de la prevención, tratamiento y atención del VIH con el propósito de acercarse todo lo posible a la meta del acceso universal al tratamiento para 2010 de todos aquellos que lo necesitaban.

II.2.3. Los Programas Nacionales de Respuesta al VIH/sida

Una vez establecidos los recursos financieros necesarios para la operación de la respuesta global al VIH/sida, varios Programas Nacionales fueron creados y financiados teniendo como base las actividades y referencias claras de los avances que se derivaron de los nuevos tratamientos y estrategias de respuesta al VIH que se realizaban de forma conjunta a nivel nacional, regional y mundial. El Alto Comisionado para los Derechos Humanos y el Director Ejecutivo del ONUSIDA durante la Tercera Consulta Internacional sobre VIH/sida y Derechos Humanos en 2002, establecieron el vínculo definitivo con la legislación internacional en materia de derecho a la salud. Esto en el entendido que “el acceso a los fármacos contra el SIDA es un elemento clave del derecho al más alto nivel posible de salud consagrado en la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención sobre los Derechos del Niño” (ONUSIDA, 2007).

Así fue como se recomendó que los Estados debieran contemplar la puesta en marcha de planes, programas y medidas que hicieron posible el combate a factores sociales, económicos, culturales y jurídicos que dificultaran el cumplimiento puntual de la respuesta al VIH/sida. Además de combatir el estigma, exclusión y discriminación a las personas afectadas o infectadas, tomando medidas legislativas para tener una certeza normativa sobre el suministro de medicamentos, la calidad y el control de los productos de prevención y tratamiento, el debido proceso legal en caso de discriminación, la asesoría

para pruebas diagnósticas, así como incrementar los fondos y buen uso de la cooperación internacional y regional aprobados al ramo de la investigación, prevención y necesidades sanitarias.

Una vez realizada la revisión de la sexta directriz y el marco de la Cumbre Mundial de 2005 se ratificaron los compromisos de UNGASS (2001), y se comprometieron a una ampliación mundial de la prevención, tratamiento y atención del VIH con el propósito de acercarse a la meta del acceso universal al tratamiento para el 2010. Para ello se ratificó en la Resolución de la Comisión de Derechos Humanos 2005/23, de nombre “Acceso a la medicación en el contexto de pandemias como las de VIH/sida, tuberculosis y paludismo”, que los Estados deberían promover la disposición en cantidades suficientes de los productos farmacéuticos y tecnologías de prevención sean pertinentes desde el punto de vista científico para tratar estos padecimientos, teniendo como principio primordial la no discriminación del uso y acceso de estos insumos.

Una vez mundializada la Respuesta al VIH/sida en los subsecuentes Informes Mundiales a partir del 2004, sobre la epidemia de VIH/sida, se pudo visualizar principalmente dos logros. Para el 2009, se apreció un descenso del 20 al 25% de la incidencia anual de nuevas infecciones en Europa Occidental, Central y Oriental, Asia Central y América del Norte, y por otro lado la disminución de las defunciones anuales asociadas al VIH/Sida. La Declaración Política sobre VIH/SIDA 60/262 en 2006 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, permitió establecer que el avance de la epidemia mantuvo una prevalencia del 0.8% anual desde 2001 al 2009, por lo que en la renovación de los compromisos y objetivos de la respuesta al VIH/sida durante el 2010 se establecieron estrategias y metas más puntuales para reducir ese dato a su máxima expresión.

La renovación de compromisos se consolidó al firmarse la “Declaración Política de las Naciones Unidas sobre VIH/sida del 2011: intensificación de nuevos esfuerzos para eliminar el VIH y el sida”; que contemplaba la incorporación del enfoque de derechos humanos para reducir el estigma, la discriminación y la violencia hacia las personas viviendo con VIH; a través de la promulgación de leyes y políticas que procuraran la creación de marcos jurídicos, sociales y normativos en cada contexto nacional y geográfico³² (ONUSIDA, 2011).

Los compromisos contenidos en la Declaración del 2011, condensaron un proceso de más de treinta años sobre la reivindicación del respeto a los derechos humanos de las personas viviendo con VIH/sida y respondieron a un proceso complejo de reconocimiento de las necesidades sociales de las PVVs. Este enfoque pretende sentar las bases para el cumplimiento de las metas de la Respuesta al VIH/sida que a nivel mundial contemplaron el cumplimiento de cero nuevas infecciones, cero muertes asociadas al VIH/sida y cero discriminación en cada uno de los países.

³² En Resolución aprobada en Asamblea General de las Naciones Unidas, la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre VIH/sida, pone de manifiesto en 105 puntos, el reconocimiento de los logros y retos de la respuesta global al VIH/sida, además se realizan compromisos políticos de los Jefes de Estado y de Gobierno a nivel mundial, regional y nacional en materia de VIH/sida.

Más recientemente, durante el Primer Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el “Continuo de Atención del VIH”, realizado en la Ciudad de México, se revisaron los indicadores de atención integral para VIH/sida³³ en donde se llegó a la conclusión que las metas más apropiadas con miras al 2020, de acuerdo a la situación de la epidemia que imperaron en la región, debían ser una triada de indicadores a la que se bautizó con el número “90-90-90”³⁴, y que incrementaron al 90% la detección temprana de la infección, la cobertura en tratamiento y la supresión viral de las personas que se encontraban en tratamiento. Estas metas se encontraban en alineación al objetivo tres de los “Objetivos de Desarrollo Sostenible: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”; en donde se reconocieron los logros de la respuesta al VIH/sida, pero se invitó a los Estados a la adopción de nuevas estrategias para frenar la propagación de la epidemia para 2030.

II.3. LAS IMPLICACIONES NORMATIVAS DEL PROGRAMA DE RESPUESTA AL VIH/sida EN MÉXICO

Durante la reunión de alto nivel de la Asamblea de Naciones Unidas realizada en 2011 se reconoció que muchos países no habían podido cumplir sus promesas derivadas de la Declaración Política de 2006. Se destacó como urgente la renovación de compromisos por parte de las autoridades estatales con la intención de poner fin al crecimiento de la epidemia. Los nuevos compromisos demandaron a nivel regional, nacional y local la mejora de la planificación de las necesidades institucionales, de infraestructura y recursos humanos, incluida la atención primaria, atención de la salud sexual y reproductiva, así como los servicios especializados de atención de enfermedades infecciosas y la producción legislativa y normativa que permitiera consolidar la respuesta a nivel local (ONUSIDA, 2011).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), por su parte, en el documento “Directrices Consolidadas sobre la Prevención del VIH, Diagnóstico, Tratamiento y Atención a las Poblaciones Clave” y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el "Proyecto para la Provisión de Cuidado Integral a HSH en la Región de América Latina y el Caribe" han reconocido que los servicios de salud en términos generales no han sido lo suficientemente sensibles a las necesidades de salud de las personas viviendo con VIH/sida, en especial entre las poblaciones claves en la región de América Latina y el Caribe, por lo que ha requerido un marco jurídico que permitiera garantizar el pleno disfrute y reconocimiento de los derechos humanos a las personas viviendo con VIH/sida.

³³ La cascada de atención es la técnica de medición que se recomienda para medir con mayor precisión el impacto de la atención integral para el VIH, consiste en medir el No. De personas que saben su diagnóstico, el No. De personas que mantienen un seguimiento y monitoreo de su estado de salud, así como el número de personas que consiguen un control del virus apropiado para aspirar al grado máximo de salud.

³⁴ Véase la página de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en donde puede encontrarse el documento oficial del foro. http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=848:90-90-90-las-nuevas-metas-2020-para-controlar-la-epidemia-de-vih-sida-en-america-latina-y-el-caribe&catid=681:vih/sida&Itemid=239

Las recomendaciones de la OMS y la OPS enfatizaron en la mejora de la interacción entre los profesionales de la salud y las PVVs, así como aquellas personas susceptibles de ser afectadas por la epidemia. Las recomendaciones de la OPS se podrían explicar en el marco de las experiencias de exclusión de la epidemia que en diversos campos sociales han motivado que los usuarios decidan no acudir a los servicios de salud, prefiriendo el anonimato, manteniendo en secreto sus prácticas de riesgo y alejándose de sus redes de apoyo por vergüenza o temor a ser juzgados. Esto ha imposibilitado la detección y acceso oportuno al tratamiento y ha hecho más difícil la aplicación de programas sociales encaminados a cubrir sus necesidades de atención sanitaria (OPS. 2009).

En el campo de la salud, incluyendo ministerios de salud y administraciones del seguro social, se ha desestimado la evaluación de sus servicios y el desempeño de su personal, por lo que la OMS y la OPS consideraron importante contar con las herramientas apropiadas de atención adaptadas a las necesidades específicas para responder a las características de las epidemias locales. Sin embargo, fueron pocas las instituciones que contaron con un proceso de evaluación de la atención, sobre todo cuando en muchos casos el ejercicio de evaluación fue interpretada como un mecanismo cuantitativo y fiscalizador con el enfoque de costo-beneficio, en lugar de un mecanismo de evaluación cualitativo del desempeño para la mejora continua de la atención integral.

Una de las recomendaciones de la Declaración Política del 2011 para la respuesta al VIH fue emprender acciones legislativas, reglamentarias y normativas que garantizaron un servicio de salud con arreglo a la vigilancia de los derechos humanos, lo que implicó el reconocimiento de la calidad de persona y el acceso al libre desarrollo de la personalidad, lo que daría como resultado una atención integral de corte colaborativa y la provisión de servicios de salud libres de estigma y discriminación que contempló esquemas de atención integral con observación en trato digno e intervención multisectorial.

II.3.1. Normatividad nacional de respuesta al VIH/sida.

Se ha considerado importante la generación de normatividad relacionada con la prestación de servicios a favor de la respuesta al VIH/sida. A propósito de la reforma del capítulo primero, título primero de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos realizada el 10 de junio del 2011 se estableció la obligación de todas las autoridades de prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos de acuerdo con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. De esta manera se estableció constitucionalmente el derecho a la no discriminación en el Artículo 1º, Párrafo 5º, en donde queda prohibida toda discriminación motivada por diversas cualidades personales entre las que se encontraron las condiciones de salud, las preferencias sexuales, y “cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas” (DOF, 2011).

En la constitución se estableció la calidad de persona con el derecho al trato digno, vinculándola a la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, misma que estableció en su Artículo 4º que “queda prohibida toda práctica discriminatoria que tenga por objeto o efecto impedir o anular el reconocimiento o ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades” quedando estipulado en el Capítulo II, Artículo 9º, Fracc. XXXII; que se consideran como discriminación: “Estigmatizar y negar derechos a personas con VIH/SIDA” (DOF, 2014).

Además resulta sumamente importante comentar que en el Artículo 4º Constitucional se estableció que “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”, al respecto, la Suprema Corte de Justicia en tesis Jurisprudencial determinó en el 2000, que este derecho constitucional comprende “la recepción de medicamentos básicos para el tratamiento de las enfermedades y su suministro por las dependencias y entidades que prestan los servicios”. Además de este aspecto, la Ley General de Salud estableció que el objetivo de la protección de la salud no sólo ha consistido en contribuir al bienestar físico y mental para el ejercicio de las capacidades de las personas, sino que también se debe cumplir con la finalidad de la prolongación y mejoramiento de la calidad de vida y el desarrollo social siendo la atención médica una acción que posibilita este objetivo al ser el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud (DOF, 2015).

El Artículo 50º de la Ley General de Salud presentó una acepción sobre los usuarios de los servicios de salud, reconociéndolos como “personas” que requieren y obtengan los servicios en los sectores público, social y privado; estableciendo en el Artículo 51 que estas tienen derecho a un trato respetuoso y digno por parte de los profesionales, técnicos y auxiliares. Además en el Artículo 77 BIS, se ha indicado que los beneficiarios tienen derecho a recibir un trato digno, respetuoso y atención de calidad; siendo sus principales características, la provisión de “información suficiente, clara, oportuna y veraz” teniendo en consideración que los prestadores de los servicios de salud debieran orientar a las personas respecto a los riesgos y alternativas de los procedimientos de diagnóstico, tratamientos terapéuticos y quirúrgicos (DOF, 2015).

En este sentido la “Ley General de Salud” contempló un esquema colaborativo, que consideró necesaria la participación de las personas en los servicios de salud. Además la Ley contempló que las instituciones y gobiernos “promuevan y apoyen la creación de grupos y asociaciones entre los usuarios de los servicios”. Esto se encontró ampliamente ligado a la redefinición de papel de los usuarios como portadores de la capacidad de autodeterminación, siendo necesario para ello el reconocimiento de su capacidad de decidir libremente sobre su atención, así como rechazar tratamientos o procedimientos, teniendo la posibilidad de otorgar o no su consentimiento informado. La ley ha sido clara en apoyar un carácter asistencial a los servicios de salud, pero también enfatizó en la necesidad de incorporar a ellos

un esquema de intervención de la población inmersa en la problemática de la epidemia, en donde la participación de las personas y las OSC fue fundamental para dar respuesta a la epidemia de VIH/sida.

La Ley General de Salud, en su Artículo 157 Bis, contempló que la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, debieran coordinarse para la promoción del uso del condón, priorizando a las poblaciones claves para la epidemia de VIH/sida. Dentro de la Secretaría de Salud, el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida, fue la dependencia rectora y normalizadora encargada de la coordinación de la respuesta al VIH/sida, misma que debiera estar en todo momento en apego a la normatividad vigente en su materia. Este ha sido un elemento fundamental de la prevención para la infección por VIH/sida, por lo que resultó sumamente importante que los servicios de salud tengan a la disposición de la población, acciones para la distribución de los condones y la orientación necesaria para la promoción de su uso. Además el Artículo 469, comentó que todo servidor público que se niegue a brindar la atención a los usuarios de los servicios de salud se le podría imputar sanción, incluso de separación del cargo o prisión, pero esto sólo puede pasarse en caso de que la persona tenga una notoria urgencia del servicio de salud, la negación puso en peligro su vida o exista un daño por la falta de atención (DOF, 2015).

La Ley General de Salud también contempla, en su Artículo 35º, que los prestadores de servicio de los sistema de seguridad social son servidores públicos. Además la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, en su Artículo 47º, estipuló que todos los servidores públicos debían cumplir con la “máxima diligencia el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio”, contemplando que los servidores públicos deben denunciar por escrito ante el supervisor jerárquico inmediato esos actos u omisiones en el ejercicio de sus funciones, sobre todo si estas son causales de faltas administrativas en los términos de las leyes y normas establecidas para su servicio público (DOF, 2013).

En el “Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica”, del Artículos 54º al 63º, estipuló que la prestación del servicio ha demandado la creación de unidades de atención, dando cabida al seguimiento de quejas bajo el principio de celeridad y por medio de la forma escrita y la consolidación de líneas telefónicas. Además se estipuló que los servicios de salud debían sentar las bases para facilitar diversas modalidades de participación social en salud, vigilando que toda organización de los usuarios del servicio de salud se constituyeran como avales ciudadanos de los resultados en referencia a trato digno (DOF, 2004).

Respecto a la prestación de la atención médica, han existido normas específicas que debían ser contempladas al momento en que se realizara la provisión del servicio de salud. La Ley Federal de Metrología y Normalización, que ha estipulado la existencia de Normas Oficiales Mexicanas (NOM), y

contempló la NOM-010-SSA2-2010, publicada el 11 de noviembre de 2010, que se especializó en la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (DOF, 2009).

La NOM-010-SSA2-2010, ha contemplado temas de orden médico, técnico y derechos humanos. La NOM estableció la obligatoriedad de prevención y eliminación del estigma y la discriminación, además de la implementación de la prevención focalizada por grupos más afectados por la epidemia. Esto quiere decir que el personal de salud debiera vigilar el cumplimiento de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, el Programa Nacional de Derechos Humanos y la Ley para Prevenir y Erradicar la discriminación del DF y la Ley para la Prevención y atención integral del VIH/SIDA del Distrito Federal; los servidores públicos deben evitar cualquier manifestación de estigma y de formas de exclusión social al interior de los servicios de salud. Con esta finalidad se estableció el seguimiento obligatorio de la “Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas que viven con VIH/sida”, actualizado recientemente (2014-2015) y publicado en la página electrónica de CENSIDA. También se contempló que la capacitación del personal de salud contenga los principios bioéticos, normativos, que abarquen temas de equidad de género, de diversidad sexual, derecho a la igualdad y derechos humanos, la comunicación médico-paciente y la no discriminación por causa de sexo o preferencia sexual (SS, 2010).

Las personas viviendo con VIH/sida debían recibir atención integral médica mensualmente a pesar de no encontrarse en presencia de síntomas. Dentro de la NOM la consulta médica no podrían incluir medidas coercitivas, y contemplar atención de urgencias de una forma responsable, digna y libre de discriminación. Además, se estableció la referencia a una atención especializada únicamente cuando el usuario lo necesitara por su estado clínico. Lo anterior fue sumamente importante debido a que se debía garantizar a las PVVs la no revelación de su estado serológico entre personas que no tuvieran ninguna relación con su atención integral. En este sentido se debe fomentar dentro de los servicios de salud la consejería, el apoyo emocional y la profilaxis con base en consentimiento informado y bajo plena confidencialidad del estado clínico de las personas.

De las 78 normas oficiales en materia de salud que han existido en México, 39 están emparentadas con la NOM-010-SSA2-2010, ya fuera por su carácter de transversalidad o debido a que se menciona y estipula algún procedimiento al respecto. Aquellas en que se ha mencionado de forma explícita los procedimientos técnicos o jurídicos relacionados al VIH/sida han sido:

NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.

NOM-007 SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales.

NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. (en revisión)

NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud Ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos Clasificación y especificaciones de manejo.

NOM-171-SSA3-2010 Para la práctica de hemodiálisis.

NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis

NOM-009-SSA2-2013, Promoción de la salud escolar

NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.

NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud

NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano

NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.

NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

Con base a la anterior normatividad, se ha dispuesto en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND), que resultó primordial mejorar la atención a la salud de las poblaciones en situación de vulnerabilidad, a su vez el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PROSESA) en su estrategia 1.5, marcó que se debían incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva, así como, asegurar la detección y tratamiento oportuno de VIH/sida e ITS con énfasis en poblaciones claves. Alineadas al Plan Nacional de Desarrollo (PND 2013-2018) con el objetivo de “lograr un México Incluyente” y el Programa Sectorial de Salud (PROSESA 213-2018), se ha encontrado en el Programa de Acción Especifico PAE de la Respuesta al VIH/sida e ITS (2013-2018), la conveniencia de desarrollar acciones de prevención combinada para disminuir los efectos del VIH en la población, brindando atención integral y de calidad (SS, 2013).

Imagen 10. Alineación de los objetivos PAE con PROSESA 2013-2018.

Objetivos del PROSESA	Estrategias del PROSESA	Líneas de acción del PROSESA	Objetivo del PAE
1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.	1.5. Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables.	1.5.1. Diseñar estrategias de comunicación en salud sexual y reproductiva.	1. Disminuir los efectos del VIH E ITS mediante prevención focalizada, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno; así como el fortalecimiento de la rectoría. 2. Implementar estrategias de prevención combinada en poblaciones clave y en situación de desigualdad. 3. Brindar atención integral de calidad del VIH e ITS, con respeto a los derechos humanos y la diversidad sexual y cultural. 4. Eliminar la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita para lograr la primera generación libre de estas infecciones.
		1.5.4. Promover la salud sexual y reproductiva responsable, así como la prevención de VIH y otras ITS.	
		1.5.5. Garantizar abasto y oferta de métodos anticonceptivos e insumos para la prevención del VIH y otras ITS.	
		1.5.6. Asegurar la detección y tratamiento oportuno de VIH, sida e ITS, con énfasis en poblaciones clave.	
		1.5.8. Incrementar la cobertura de detección prenatal y tratamiento oportuno para prevenir la transmisión vertical del VIH y sífilis congénita.	

Nota: Imagen extraída de “Programa de Acción Específico PAE de la Respuesta al VIH/sida e ITS 2013-2018”.

Para cumplir con los objetivos del PROSESA, contribuir a la prevención, detección oportuna y vinculación temprana a los servicios de salud de las personas viviendo con VIH; los servicios de salud han debido contar con personal que fueran reflexivos sobre la comunidad a la que atiende, además de contar con formación continua y garantizar que la información relacionada con la epidemia de VIH en el país y su clínica fuera de fácil acceso. Además de procurar y operar espacios de salud amigables o acciones a favor de las poblaciones clave donde puedan promocionar sus servicios como accesibles, junto con toda condición que deba cumplirse de acuerdo con las leyes locales.

Además, en la Ley para la Prevención y Atención Integral del VIH/SIDA del Distrito Federal, en su Artículo 21º, se afirma que las autoridades responsables de los Programas enfocados a PVVs deben proteger sus datos personales y la confidencialidad, en términos de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Distrito Federal, así como la Ley de Protección de Datos Personales del Distrito Federal, Ley de Desarrollo Social del Distrito Federal. La Ciudad de México contempla, además, un esquema de apoyo financiero para garantizar el acceso a tecnologías de prevención y atención integral para las PVVs, aspecto que esta normado en el Artículo 11, bajo el principio de universalidad.

II.3.2. El continuo de atención para VIH/sida en México.

El continuo de atención³⁵ hacia las personas viviendo con VIH/sida no ha sido homogéneo a pesar de contarse con amplia normatividad en la materia. Las diferencias en el continuo de atención entre los distintos servicios de salud siempre han dependido de la institución y la zona geográfica, por ello la atención y sus aspectos estructurales (como la interacción médico/paciente), procedimentales (manuales de primer nivel y segundo nivel) y los resultados obtenidos (como en la detección oportuna y la supresión viral), han variado con gran frecuencia entre estados, instituciones y servicios de salud.

En México la multiplicidad de servicios de salud ha hecho que el acceso a un esquema de tratamiento fuera distinto para cada dependencia y las personas fueran atendidas de forma diferenciada y discrecional. En algunos casos la detección de infección por VIH/sida a través de la utilización de pruebas rápidas se ha realizado en instituciones como Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) o Servicios Integrales de Salud Privados. Sin embargo cada persona debió atenderse de acuerdo a sus prestaciones laborales o condiciones económicas que varían por entidad federativa e institución de salud. El derecho a la protección de la salud consagrado en el Artículo 4º Constitucional, Pacto interamericano de Derechos Humanos y Convenio Interamericano de Derechos Humanos, se ha limitado y suscrito a los criterios establecidos por las distintas dependencias de salud.

En algunos servicios se ha omitido el análisis de las características locales de la epidemia y las acciones de prevención combinada, haciendo de lado el desarrollo de las habilidades que permitirían vigilar y proteger las necesidades amplias de salud física, mental, emocional y sexual que pueden involucrarse en el diseño e implementación de estrategias de prevención combinada y sus derechos humanos. La variabilidad de los tiempos, los requisitos de ingreso y la afiliación al servicio han variado de acuerdo a la institución de salud.

Cada institución ha establecido sus propios criterios y procedimiento de afiliación, administración, atención y trato digno, mismos que varían por Estado, por servicio de salud y por especialidad médica; por lo que las personas dentro del continuo de atención (que para la presente investigación comprende los aspectos estructurales, procedimentales y de resultado de forma integral), mismo que podrían ser susceptibles de maltrato; es decir, ser violentadas en su dignidad, pues en algunos casos el servicio ha distado mucho de ser colaborativo y con apego a la protección de a salud, pues se han seguido implementando procedimientos de atención que incurren en maltrato a las PVVs, pues se les ha

³⁵ Donabedian define el continuo de atención como la "cadena ininterrumpida de medios antecedentes, seguida de fines intermedios los que, a su vez, son medios para otros fines" que contemplan la estructura, procedimiento y resultado de los servicios sanitarios. Dentro de este continuo de atención la interacción médico-paciente que puede estar explícita de manera explícita en la normativa institucional y de forma procedimental en los manuales y guías de práctica clínica. La interacción por lo tanto se hace explícita en todo el continuo de atención a manera de trato personal que se le brinda al paciente por medio de un representante institucional que acredita un cargo dentro del servicio de salud

considerado como factores potenciales de nuevas infecciones o grupos que debieran estar aislados y excluidos de ciertos beneficios de salud institucional (OPS.2009).

Incluso ha sido probable que no se cumplan con los procedimientos de atención establecidos por las mismas instituciones, ni las guías de práctica clínica o normatividad para la respuesta al VIH/sida debido a que en el servicios de salud la atención no ha sido un continuo; siendo usual, por ejemplo, que un paciente haya suspendido su tratamiento médico cuando pierde el derecho al servicio de salud y haya tenido que acceder a otro acorde a sus posibilidades económicas. De esta manera, mientras que en una institución ha podido existir desabasto de medicamento, en otras el procedimiento de afiliación pudiera ser engorroso y estigmatizante (CONAPRED, 2012).

II.3.3. Normatividad y continuo de atención integral para las personas viviendo con VIH/sida en el IMSS.

La normatividad de la respuesta al VIH/sida contempló el reconocimiento de la calidad de personas a todos aquellos que se encuentran infectados y afectados por la epidemia, además contempló la provisión de un servicio de salud con apego al respeto de la autodeterminación libre de la personalidad en congruencia con un modelo de atención en salud colaborativo que incorporó las características asistenciales y de intervención multisectorial de diversos agentes sociales e individuales entre los que se encontró el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Por su parte, el Artículo 4º de la Ley del Seguro Social, estableció que el instituto fuera un servicio público de carácter nacional. Para efectos de esta ley los usuarios del servicio de salud son “derechohabientes” mismos que se caracterizan por encontrarse vigentes en el padrón de afiliación del régimen obligatorio del servicio de salud, que cubrieron con los requisitos explícitos en los Artículo 11º al 15º y quienes tienen todos los derechos y obligaciones. La Ley del Seguro Social ha contemplado prestaciones sociales y económicas con base en la situación laboral de las personas, quienes han sido sujetas a cuotas y contribuciones a cambio de la prestación del servicio de salud. Estas prestaciones se dividen entre, prestaciones en especie, las cuales han sido asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica, sociales, hospitalización, aparatos de prótesis, ortopedia y rehabilitación. Y otras prestaciones en dinero como pensiones, apoyo por riesgo de trabajo, incapacidad, etc. (DOF, 2009).

Los servicios de salud se han caracterizado en la institución por ser de carácter asistencial y se consideran como prestaciones que en lo sucesivo tienen una finalidad social contemplada en el Artículo 209º, que hace explícito que éstas prestaciones tienen como finalidad fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes y contribuir a la elevación general de los niveles de vida de la población. Las prestaciones sociales estuvieron contempladas para ser solidarias con la familia, cuyos requisitos para la obtención de los beneficios del instituto se han documentado en el Artículo 84 de la Ley. La acepción de familia a la que se refiere la Ley del Seguro Social, ha sido apelada por la Suprema Corte de Justicia de la

Nación (SCJN) que en 2014 emitió una resolución en donde se reconoció como interpretación del artículo primero constitucional y en cumplimiento con “la resolución 2/2011”, emitida por el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), que el Instituto Mexicano del Seguro Social, debería afiliar a parejas del mismo sexo y brindarles la atención adecuada a su estado de salud, en tanto que se dictaminó que el IMSS no es una autoridad competente para definir o categorizar qué grupos de personas se pueden considerar como “familias”, pues en su normatividad solo se prescribe la prestación de beneficios sociales a sus derechohabientes y se hace obligatorio, sin distinción de género, la prestación del servicio al derechohabiente y sus conyugues, sin que esto sea exclusivo de que deba ser una pareja de diferente o el mismo sexo; por lo que estaría obligado a prestar el servicio sin distingo alguno, y toda vez que el objetivo de la familia no sería la “reproducción”, pues la resolución 155/2015 (SCNJ), estipuló la validez del matrimonio entre personas del mismo sexo en todas las entidades del país, siendo el objetivo primordial de la familia la “preservación” de la vida.

Por lo que el IMSS debe brindar atención a todos sus derechohabientes y sus conyugues con observación en la “Norma que estableció las disposiciones para la prestación de la atención médica en las unidades de medicina familiar”, que estipula que medicina familiar fuera la prestación que *“proporciona servicios médicos de primer contacto, en un área médica, con atributos de atención integral y continua en las dimensiones de prevención, curación y rehabilitación; además se distribuyó estructural y funcionalmente lo más cerca posible al lugar donde residen o trabajan los asegurados, y se suscitan las demandas de servicios (IMSS, 2010).*

El Médico Familiar es un “servidor público” de acuerdo con la Ley General de Salud y el Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las y los Servidores Públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como en el Acuerdo que tiene por objeto emitir el Código de Ética de los servidores públicos del Gobierno Federal, las Reglas de Integridad para el Ejercicio de la Función Pública, y los Lineamientos generales para propiciar la integridad de los servidores públicos y para implementar acciones permanentes que favorezcan su comportamiento ético, a través de los Comités de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés (publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de agosto de 2015).

Este servidor público debe cumplir con el continuo de atención que se estableció no solo a lo largo de la atención médica integral, sino que es transversal al contemplar que *el principio de continuidad en la atención, se refirió a la prestación de medicina familiar durante toda la vida de los derechohabientes, su familia y comunidad.* Esto hizo responsables a los médicos familiares de la atención continua de los derechohabientes, sin embargo, cuando se definió la acepción por la que se reguló la atención continua del médico familiar con el derechohabiente, no se contempló el término de “salud sexual”:

“5.11 consulta de medicina familiar: Es la atención que proporciona el Médico Familiar o no Familiar a sus pacientes ambulatorios en un consultorio en la Unidad de Medicina Familiar, o bien otros profesionales de la salud en los servicios de estomatología, de enfermería especialista en medicina de familia, *salud reproductiva*, salud en el trabajo, epidemiología, nutrición y dietética, trabajo social, psicología, rehabilitación o medicina preventiva, con apoyo en su caso, de los auxiliares de diagnóstico y tratamiento” (IMSS, 2010: 04).

Esto propició que el programa de actividades de medicina familiar no contemplara la provisión del servicio de salud sexual, que sí se encontró en el segundo nivel de atención, específicamente en la atención relacionada a medicina interna de infectología. Sin embargo, desde la aparición del Manual de *Proceso general para la atención integral de los enfermos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-SIDA)* en 1994, las personas viviendo con VIH y recibiendo tratamiento en el IMSS debían ser atendidos conforme a los procedimientos de salud sexual estipulados en las normas de la Ley General del Seguro Social, el Reglamento Interno de la institución, las Guías de Práctica Clínica y los Manuales de Procedimientos para cada nivel de atención (IMSS, 1994).

Cabe señalar que en la “Norma que establece las disposiciones para otorgar atención en unidades médicas hospitalarias de segundo y tercer nivel del IMSS”, coexiste la acepción de “derechohabiente” con la acepción de “paciente”, sin embargo, resultó sumamente significativo que ambas definiciones reconocieron la calidad de “persona” a quienes fueran nombrados con dicha identidad pues se documentó que es toda “persona que interactúa con los profesionales de salud, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud a través de atención médica” (IMSS, 2004).

De esta manera las personas viviendo con VIH debían ser atendidas bajo la misma estructura y procedimientos que cualquier otro derechohabiente del Instituto. A saber que el primer nivel de atención en medicina familiar ha tenido a su cargo la detección de los grupos de riesgo, así como el diagnóstico y el control del enfermo estable. Es en este nivel donde se realizaría la detección oportuna por medio de las pruebas de ELISA. Cuando el paciente ha presentado la posibilidad del contacto con el virus o se tiene sospecha clínica de la enfermedad y en aquellos casos en que el laboratorio clínico haya obtenido un resultado positivo por la técnica de ELISA, llevaría a cabo automáticamente pruebas confirmatorias. Si el resultado de la prueba fuera negativo, pero la sospecha clínica de la enfermedad persistiera, el médico familiar solicitaría un nuevo examen después de realizado el primero (Onofre, 1996).

Cuando el resultado de la prueba confirmatoria fuera positivo y el paciente se encontrara asintomático, el asesoramiento y seguimiento se impartiría en medicina familiar, por lo que el indicador de retención del paciente en el servicio de salud se colocaría en co-responsabilidad entre segundo y primer nivel de atención. Siendo el caso, el paciente debiera citarse a revisión clínica mientras permanezca asintomático o con cuentas de células CD4 mayores a 500 copias por mm³. Este nivel referiría a todo paciente al segundo nivel una vez que se estableciera el diagnóstico y tuviera que ser tratado por un

especialista para su medicación o una vez que presente una falla en tratamiento; es decir, en el segundo nivel se referiría a los pacientes sólo cuando se diagnosticara y requiriera tratamiento de forma inmediata o se haya detectado resistencia del virus al esquema antirretroviral (Onofre, 1996).

El segundo nivel de atención o medicina interna se encargaría de la clasificación de la enfermedad, del tratamiento específico con antirretrovirales, quimioprofilaxis e inmunizaciones; de las complicaciones, así como del seguimiento y control del paciente en materia de tratamiento antirretroviral. En este sentido fue importante que el segundo nivel se encargara de la retención del paciente y su vinculación con el servicio médico. En este nivel de atención, se tendría la obligación de llevar el control junto con medicina familiar de la supresión viral del paciente. Desde segundo nivel de atención, se regresaría al pacientes al primer nivel cuando el tratamiento fuera exitoso y presentaran un control virológico con cuentas de células CD4 mayores a 500 copias por mm³. De segundo nivel de atención se referiría a tercer nivel cuando los enfermos presentaron complicaciones graves que ameritaran servicios médicos de alta tecnología y en los que se tiene la expectativa de rehabilitación una vez que el enfermo se ha recuperado y necesita el restablecimiento de alguna facultad física (Onofre, 1996).

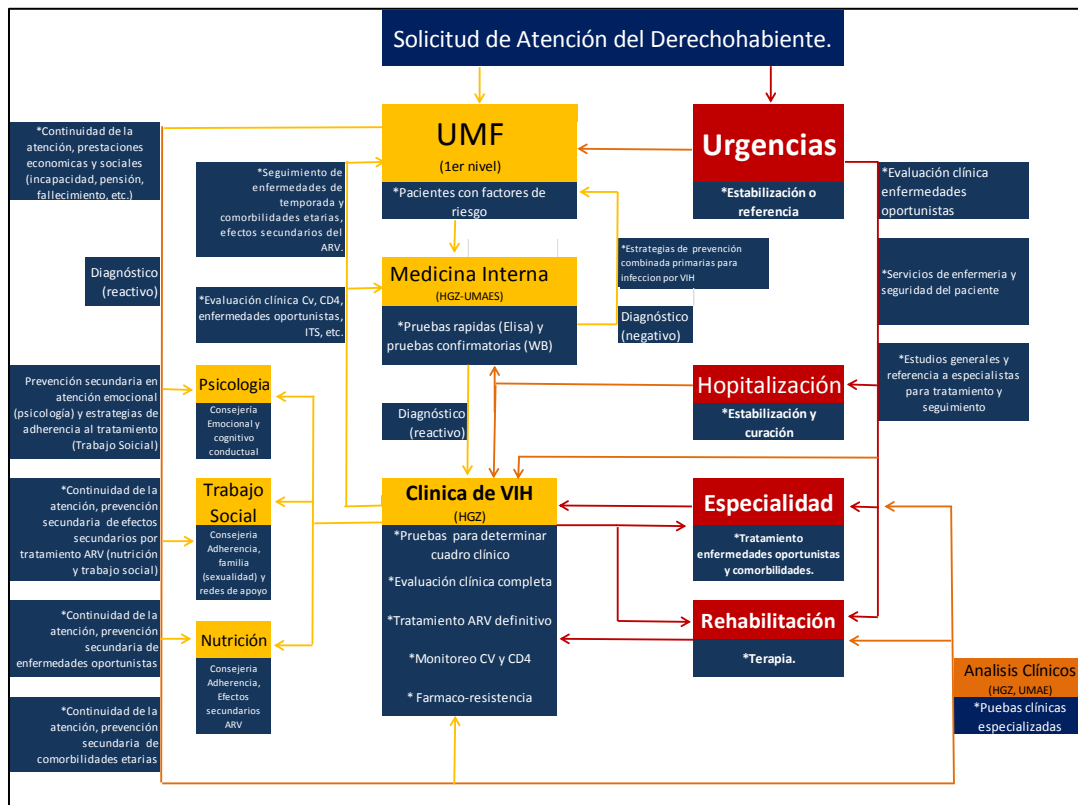
En el tercer nivel de atención todas las especialidades médicas proporcionarían apoyo diagnóstico y terapéutico de acuerdo a las características clínicas particulares del paciente. En este nivel se atendería a los enfermos de manera transitoria en tanto se resuelve el problema diagnóstico o terapéutico curativo o de rehabilitación que motivó la interconsulta. Una vez resuelta la complicación el paciente se enviaría nuevamente al segundo nivel de atención para su seguimiento y control (Onofre, 1996).

En los tres niveles de atención, medicina preventiva, coordinaría las acciones del sistema de vigilancia epidemiológica en lo que respecta a la detección, registro, notificación, estudio epidemiológico del caso, a la implementación de medidas de prevención general e intrahospitalaria, así como en lo que toca al seguimiento del enfermo y a la investigación epidemiológica relacionada con el padecimiento. Los servicios de enfermería, terapia física, nutrición, trabajo social y asistencia médica participan con sus funciones y actividades habituales en la atención del enfermo. Los bancos de sangre identificarían a donadores seropositivos, debiéndolos referir a medicina preventiva para su registro y coordinación de su atención.

En 1994-1997, el IMSS descentralizó el servicio de atención continua de las personas viviendo con VIH/sida, lo cual significó la creación de unidades administrativas y de atención en Hospitales Generales de Zona (HGZ) y Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE). Estas unidades administrativas encargadas de la Jefatura de medicina interna fueron denominadas como "Clínicas de VIH" del Instituto Mexicano del Seguro Social, en donde se contempló la prestación de servicios necesarios para la atención integral de las personas viviendo con VIH/sida.

Una vez constituidas las Clínicas de VIH/sida, la persona infectada requería acudir a cita con el médico familiar en donde se llevaba a cabo la atención médica continua, lo cual quería decir que el “Proceso que se caracterizó por realizar intervenciones de atención episódica a la agudización de un problema de salud, que puede calificarse como urgencia real o sentida, cuya *referencia* puede darse al Servicio de Consulta de Medicina Familiar, a la Unidad Médica Hospitalaria de apoyo, o su domicilio” y que fue coordinado en su dimensión integral y etaria por el médico de medicina familiar. Esto implicó que una vez que el médico solicitaba prueba de detección y confirmación, y al obtenerse el resultado positivo del diagnóstico, el médico familiar derivaría a atención en hospital de segundo nivel (servicio de Infectología), donde se daría seguimiento con médico especializado y se brindaría tratamiento y se referiría a tercer nivel cuando el paciente requiera una atención aún más especializada. Así es como el continuo de atención encomendado a medicina familiar en el IMSS ha permitido dar cuenta de cada una de los anteriores momentos de atención integral e identificar los resultados de atención de manera general y por sub-servicios de salud.

Imagen 11. Diagrama de flujo continuo de atención integral en el IMSS.



Nota: Imagen realizada con base en “Manual de proceso general para la atención integral de los enfermos infectados por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-SIDA)”

El análisis del continuo de atención integral en el IMSS no sólo se pudo realizar contemplando los procedimientos de atención integral; para que esta evaluación adquiriera la transversalidad que implica

el término de *continuidad* en el IMSS fue necesaria la implementación de un cribado que se estableciera en la lógica de la detección temprana, identificando una enfermedad en etapas pre-sintomáticas, con el objetivo de minimizar el potencial daño irreversible que pudieran sufrir las personas. Esto se debe hacer sobre todo cuando el periodo de ingesta del tratamiento temprano fuera mayor al momento sintomático. Este análisis estuvo orientado a la continuidad de atención siendo totalmente preventivo y no reactivo, permitiendo identificar el proceso preciso en que se haya un área de oportunidad dentro de la atención integral.

A partir de este cribado de atención se pretendió visualizar la atención hacia PVVs de una manera más sencilla. Además el cribado de atención permitió dar cuenta de la manera en que interviene la estructura de los niveles de atención del IMSS, tomando en cuenta las necesidades de atención a lo largo de la historia natural de la enfermedad de los derechohabientes. El cribado no sólo estuvo enfocado a la prevención primaria, como suelen estarlo las políticas de los Programas Nacionales de Respuesta al VIH, sino que puso énfasis en la prevención de posibles enfermedades oportunistas y complicaciones relacionadas al estado clínico de inmunodeficiencia humana. Por lo que se pensó en una técnica que proporcionara datos sobre las necesidades de salud de las personas viviendo con VIH/sida, desde el concepto de continuidad contemplada en la normativa del IMSS, en esto reside su ventaja, pues permitió presentar de una forma esquemática en qué etapa de atención se observan obstáculos.

II.4. EL PROBLEMA DEL CONTINUO DE ATENCIÓN AL VIH/sida EN EL HGZ.BD.IMSS

Al 30 de julio del 2014, en la “Clínica de VIH” del Hospital General de Zona Belisario Domínguez UMF 29 del IMSS, había un total de 364 personas viviendo con VIH activas en el sistema, de las cuales el 92% se encontraron recibiendo tratamiento ARV. Las personas que se atendían en la Clínica de VIH no solo fueron referidos de la UMF No 29, en las mismas instalaciones, estas personas sólo representaban un 23% respecto al total de pacientes, pues la mayor cantidad de pacientes provenían la UMF No. 23 (39%) y de la UMF. No. 94 (37%), sin embargo, el medico tratante de Clínica de VIH, compartió que la mayor parte de las quejas de atención provenían de la UMF No.29.

Del 2010 al 2013, la incidencia de personas viviendo con VIH y recibiendo tratamiento en la Clínica se mantuvo en un orden de 50 a 70 nuevos casos por año. Durante este periodo la prevalencia se encontró en el margen del 0.6 que fue inferior a la que se observa en las tendencias nacionales que es el 0.8. El rango de edad de los derechohabientes fue entre los 19 y 80 años de los cuales 90% son hombres y 10% mujeres, siendo la principal vía de transmisión la sexual.

Imagen 12. Incidencia y Prevalencia en HGZ.BD.IMSS.

	2010	2011	2012	2013	Suma	Datos para el 2013
Nuevos Casos	50	66	73	61	249	Incidencia Acumulada
Total de casos	210	276	349	410	410	Prevalencia
Proporción	0.23333333	0.23913043	0.20916905	0.14878049	0.60731707	
%	23.3333333	23.9130435	20.9169054	14.8780488	60.7317073	

Nota: Información que corresponde a los pacientes en Clínica de VIH. HGZ.BD.IMSS, para periodo 2010-2013.

Para la presente investigación se tomo en consideración que en su mayoría las personas tenían entre 15 y 26 años recibiendo tratamiento, existiendo muchas personas que reingresaban al servicio una vez que encontraban nuevas oportunidades laborales. El médico titular actual de la clínica ha brindado sus servicios en el hospital por 18 años, por lo que la mayor parte de los pacientes se encontraban muy familiarizados con la atención que el médico internista ha brindado en la CLVIH del HGZ.BD.IMSS.

Aunque el dato no se pudo confirmar, se contempla que un 60% de las personas tienen un nivel educativo básico (en su mayoría secundaria) y el restante 40% cuenta con educación media superior y superior. Los hombres tenían entre 32 y 61 años de edad por lo que la mayor parte tenían entre 20 y 40 años de edad al momento de su diagnóstico. La persona con mayor tiempo de diagnóstico y que han recibido tratamiento en la clínica contó con 26 años, diagnosticada en 1988, un hombre de 46 años de edad, por tanto contaba con 20 años cuando se le brindó su diagnóstico reactivo.

En su mayoría las personas fueron diagnosticadas después del 2000, siendo hombres entre los 19 y 50 años con excepción de 5 personas que tenían entre 70 y 80 años. El promedio de edad en que los hombres fueron diagnosticados fue entre los 20 y 40 años, promedio de edad que corresponde a la estimación a nivel nacional que nos indica que las edades en que se registra el mayor número de casos nuevos de VIH son entre los 15 y 49 años, siendo estos entre el 20 y 25% del total de personas que se encuentran actualmente en activo dentro de la Clínica de VIH.

II.4.1. El marco de monitoreo del continuo de atención

En el marco de la Consulta Regional en América Latina y el Caribe 2012 realizada en Panamá, las agencias internacionales como ONUSIDA, UNICEF, UNFPA, OMS, OPS, entre otras; tomaron acuerdos sobre la importancia y el formato de la información epidemiológica de la infección por el VIH, para consolidar un marco de monitoreo del continuo de la atención al VIH:

“La vigilancia de VIH debe estar basada en casos de infección... (en lugar de casos de sida) y se debe seguir la evolución de cada caso con el transcurso del tiempo (enfoque longitudinal)” (OPS. 2014: 9).

En este sentido se concluyó que la vigilancia de la atención hacia personas viviendo con VIH debía abarcar la evaluación de la atención a través del proceso continuado de la atención, que comprendió desde el diagnóstico hasta el control de carga viral. De esta manera durante la Consulta se incorporó el concepto de “Continuo de atención” que no está emparentado con el concepto de “continuidad” que se maneja en el IMSS, pues este concepto se referiría únicamente a un proceso o flujo continuado de atención que se realizaría a partir del diagnóstico, seguido de la vinculación y retención en atención y tratamiento, hasta la supresión de la carga viral³⁶.

Este concepto que ya aparece en la Guía Nacional para la Prevención del VIH, publicada en el 2014, por CENSIDA, fue un modelo que se usó para identificar oportunidades y problemas relacionados con la mejora en la prestación de servicios a personas con VIH, sin embargo en la “Guía Nacional para la Prevención del VIH y sida” se ha presentado a manera de una “Cascada de atención” que está ampliamente enfocada a la prevención de nuevos casos de VIH/sida y que inicia su análisis a partir de un indicador que se construyó a partir de una inferencia estadística sobre el número total de casos de VIH/sida en el país, seguido de un indicador que daría cuenta del número de casos diagnosticados, otro indicador que presenta el número de personas en tratamiento ARV y por último el indicador del número de casos de supresión viral³⁷ (CENSIDA, 2014).

Esta forma de representación resultó sumamente interesante y fue sin duda una herramienta importante para conocer las áreas de oportunidad de la prevención combinada. Sin embargo, en el IMSS la acepción del continuo de atención ha ido más allá de la atención integral con enfoque preventivo, pues contempla las necesidades de atención a lo largo de la historia natural de la infección y a lo largo de la continuidad y permanencia de los derechohabientes en el servicio. De esta manera la Clínica de VIH, se vio en la necesidad de una herramienta que contemplara los indicadores del “Marco de Monitoreo del Continuo de Atención del VIH” desarrollado en la Consulta Regional en América Latina y el Caribe, pero que incorporan el concepto de “continuidad de la atención” que se encuentra en la normativa del IMSS y forma parte de las prestaciones de los derechohabientes.

Debido a esto se incorporó al análisis la herramienta de “cribado” pues permitió presentar de una forma esquemática los momentos en que se han observado obstáculos para la atención integral de las PVVs. Donabedian define el continuo de atención como la “cadena ininterrumpida de medios antecedentes, seguida de fines intermedios los que, a su vez, son medios para otros fines” que contemplan la estructura, procedimiento y resultado de los servicios sanitarios. Bajo este esquema el análisis de “cribado” se aplicó con el objetivo de identificar de manera temprana complicaciones clínicas de las

³⁶ En la imagen 4 se puede apreciar un ejemplo del análisis de la Cascada de Atención que ejemplifica la manera en que se recomienda realizar una evaluación con base en los resultados de la atención.

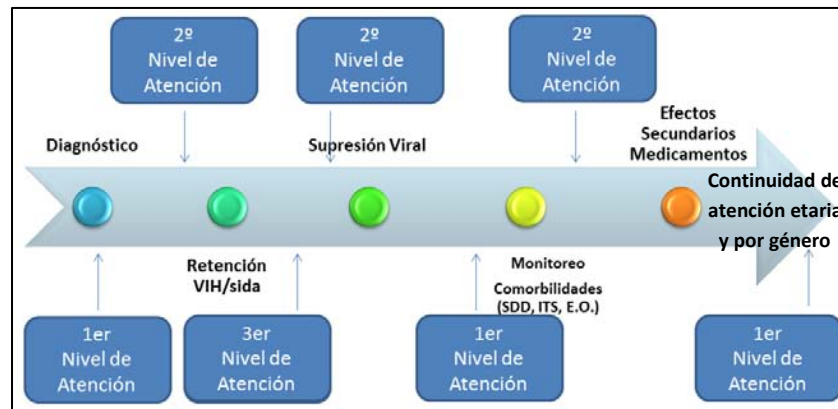
³⁷ Para consultar la metodología relacionada a este análisis enfocada a la prevención combinada para VIH/sida consultar “La Guía Nacional para la Prevención del VIH y sida” en páginas 69-72.

PVVs a lo largo de todo el continuo de atención, con el propósito de diseñar acciones de prevención e intervención en los tres niveles de atención de salud (Donabedian, 1984).

El cribado del continuo de atención, no sólo estuvo enfocado a la prevención de nuevas infecciones sino que puso énfasis en la detección de necesidades de atención de las personas viviendo con VIH/sida, pues permitió presentar de una forma esquemática la atención integral teniendo en mente las posibles complicaciones de salud que las personas tienen a lo largo de su continuidad en el IMSS. De esta manera el principio por el que se construyeron los indicadores del cribado continuo de atención esta fundamentado en el el Marco para el Monitoreo del Continuo de Atención del VIH, pero buscando integrar en un solo indicador los tres elementos conceptuales (estructura, procedimiento y resultado).

Una vez que el paciente se ha afiliado requiere de los servicios de salud de la “Clínica de VIH” del Instituto Mexicano del Seguro Social, por lo que la persona debiera acudir a cita con el médico familiar o primer nivel de atención, para su derivación a la prueba de detección y confirmación. Con los resultados, el médico familiar derivaría a la atención en segundo nivel o tercer nivel, con el propósito de que en algún momento la PVVs regrese al consultorio de la UMF. En este sentido es que la estructura institucional y los procedimientos se integran en el continuo de atención permitiendo hacer viable los procedimientos que estaban en las manos de cada uno de los agentes de salud, en este sentido se diseñaron cuatro indicadores, tres que fueron extraídos del Marco de Monitoreo del Continuo de Atención del VIH y uno que se construyo con base en la Clasificación de la CDC de Atlanta.

Imagen 13. Continuo de atención ideal.



Nota: Imagen inspirada en esquema de monitoreo del Instituto de Medicina de los Estados Unidos. *Monitoring HIV Care in the United States. Indicators and Data Systems.* IOM; 2012. Source: Adapted from Das, 2011.

El continuo de atención integral en el IMSS ha dado cuenta de un movimiento oscilatorio coordinado por Medicina Familiar pero que requeriría de los tres niveles de atención y permitiría identificar los responsables de cada procedimiento y los estados clínicos asociados al flujo continuo de atención. En seguida se presenta el análisis del continuo de atención para PVVs a manera de un cribado.

II.4.2. Los indicadores del cribado de atención.

El análisis del continuo de atención se realizó en el IMSS a manera de un cribado, bajo la lógica de la detección temprana de diversos estados clínicos que los servidores de salud pudieran prever entre las personas viviendo con VIH/sida. El objetivo del cribado fue “identificar y minimizar la aparición de enfermedades en etapas pre-sintomáticas con el propósito de prevenir su potencial daño irreversible”. Por lo que se puede afirmar que este análisis estuvo más orientado a la prevención secundaria entre PVVs.

Stefano Bertozzi de la Universidad de Berkeley, durante su exposición “Lecciones Aprendidas para la Prevención: PEPFAR una década después”, en el “Diplomado Multidisciplinario en VIH” del Instituto Nacional de Salud Pública, utilizó tres indicadores que a manera de cribado consistirían en evaluar la efectividad del servicio de salud a partir de identificar si el continuo de atención ha conseguido “la detección oportuna”, “la retención en el servicio de salud” y “la supresión viral de las personas viviendo con VIH/sida”.

Sin embargo, el cribado adoptado por el IMSS sumó a estos indicadores (contenidos en el Marco de Monitoreo) un cuarto indicador que analizó “la mejora del cuadro de clínico” de las PVVs, que han iniciado su tratamiento ARV. Esto propició un análisis del continuo de atención con base en la acumulación de puntos porcentuales, respecto de cuatro momentos en que se pudo hacer una prevención secundaria efectiva hasta llegar a la mejora del estado clínico de las PVVs.

En este sentido los cuatro momentos de atención a evaluar fueron la capacidad de los servicios para realizar detecciones oportunas, la capacidad de vinculación o retención del paciente a los servicios de salud, su efectividad para llevarlos a un estado de supresión viral, así como la capacidad del servicio para mejorar el estado clínico de las personas. Los indicadores que se tomaron para realizar la evaluación hicieron referencia a las anteriores características del flujo de atención a partir de los siguientes aspectos:

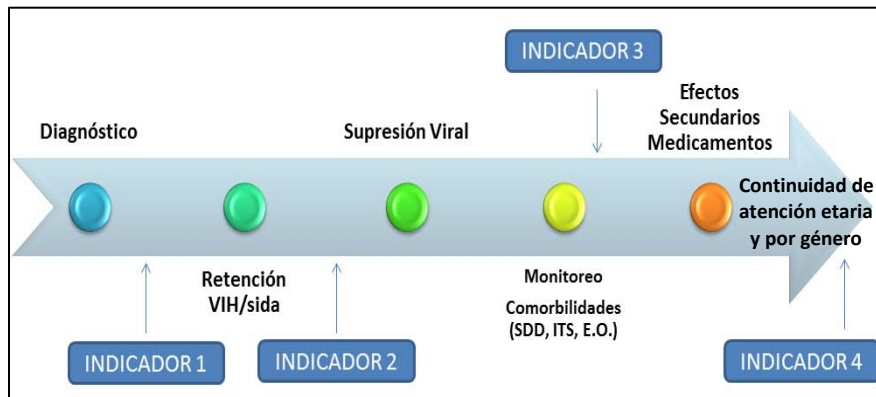
1. **Detección oportuna:** La capacidad de los servicios de salud para realizar detección oportuna de los nuevos casos de VIH, según el estudio HTPN 052, es muy importante para prevenir nuevos casos de VIH, pues el acceso al tratamiento antirretroviral en etapas tempranas de la infección (cuando el paciente cuenta con más de 200 CD4), hacen posible que el paciente logre la supresión viral y reduce al 96% la transmisividad del virus entre parejas serodiscordantes. Por lo tanto, el tratamiento ARV en etapas tempranas de la infección no sólo le permite a los pacientes mejorar su estado de salud, también permite reducir la transmisión del virus cuando se combina con otra estrategia de prevención como el condón. El indicador 1 corresponde al porcentaje de personas en tratamiento ARV que iniciaron con CD4 mayor a 200 al 30 de julio del 2014.
2. **Retención:** El reto de cualquier esquema de atención clínico en VIH debe ser superar las experiencias de exclusión de la salud. Un servicio de atención libre de discriminación que permita la vinculación y retención de los pacientes a los servicios de salud propiciando un esquema de vigilancia de su carga viral y sus niveles de CD4, debe formar parte de la evaluación de la atención proporcionada a los pacientes. La retención consiste en

asegurar que las personas que viven con VIH permanezcan vinculadas al servicio de salud, esto sólo puede lograrse proporcionando un trato digno en los servicios de salud y evitando el estigma y la discriminación que motiva que los usuarios decidan no acudir a los servicios de salud, prefiriendo el anonimato y manteniendo en secreto sus prácticas de riesgo por vergüenza o temor a ser juzgados. El indicador 2 es el porcentaje de personas en tratamiento que cuentan con las últimas 2 lecturas de carga viral y CD4 al 30 de julio del 2014.

3. **La supresión viral** quiere decir que el paciente después de seis meses de tratamiento antirretroviral consiguió una presencia de carga viral menor a 50 copias por mililitro cubico en sangre. La obtención de este resultado implica que el esquema de tratamiento, la adherencia y la atención están alcanzando el nivel óptimo. Esto se convierte en un círculo virtuoso en el que la supresión viral no solo trae como consecuencia el beneficio inmediato de la mejora de la respuesta inmunológica del paciente, también permite, prevenir nuevas infecciones. El indicador 3 para la evaluación fue el porcentaje de pacientes en tratamiento al 30 de julio del 2014 que se encuentran con una carga viral igual o menor a 50 copias por mililitro cúbico de sangre después de mínimo 6 meses de tratamiento (ONUSIDA, 2014)

4. **La mejora del cuadro clínico** hace referencia a la transición de un estado clínico inmunocomprometido en que se presenten comorbilidades a otro estado clínico en que sea explicito el retroceso de las morbilidades relacionadas a la infección por VIH/sida. La historia natural de la infección sin tratamiento cumple un talud en los primeros meses y posteriormente presenta tres etapas de conteo de CD4 por milímetro cubico en sangres. La Clasificación de la CDC de Atlanta sin tratamiento se pueden relacionar a tres categorías: La categoría clínica "A" hace referencia a la infección asintomática por VIH, la categoría clínica "B" hace referencia a la infección sintomática en que se presentan complicaciones asociadas al síndrome de desgaste, sin que se presente un estado clínico más avanzado, y la categoría clínica "C" hace referencia a las comorbilidades que se presentan a manera de enfermedades oportunistas. Esta clasificación se complementa con números que indican el momento de la historia natural de la infección en que se encuentra el estado inmunológico a partir de el número de copias de CD4 por milímetro cubico de sangre: con el No.1 encima de 500 CD4 cel/mm3, No.2 De 200 a 499 cel/mm3, No.3 por debajo de los 200 cel/mm3. Sin embargo en el HGZ.BD.IMSS, se ha identificado que a pesar de que la persona tenga una adherencia terapéutica y mantengan un estado de supresión viral indetectable, esto no es garantía para que las comorbilidades y las complicaciones asociadas al síndrome de desgaste desaparezcan por completo. Algunas personas continúan presentando estados clínicos asociados a ITS, enfermedades oportunistas o síndrome inflamatorio a pesar de encontrarse en un estado de "supresión viral", lo cual quiere decir que estas personas necesitan un enfoque de atención integral que no solo abarque los aspectos biomédicos, sino que contemple salud mental, emocional, social; en estrategias de promoción y prevención de la salud. Por ello es que se contemplan las categorías inversas de la historia natural de la infección en términos del comportamiento de los CD4 sin tratamiento, pues se ha identificado en la Clínica de VIH, que entre muchas personas se presenta una seria persistencia de comorbilidades y síntomas asociadas a la infección, estado clínico al que se agregan los efectos secundarios de los medicamentos. En este sentido se diseñaron 4 categorías: La primer categoría clínica "C+" para clasificar a aquellas personas que iniciaron tratamiento con un estado clínico "C" y que ya se encuentran tomando medicamentos, pero los CD4's no se incrementan, la segunda categoría clínica "B+" para referir aquellas personas que iniciaron con un estado clínico "B", la tercera categoría clínica "A+" para referir aquellas personas que iniciaron su tratamiento en un estado clínico de tipo "A". A estas categorías se pueden agregar los números No.1. (encima de 500 CD4 cel/mm3), No. 2. (entre 200 a 499 cel/mm3) y No.3. (por debajo de los 200 cel/mm3); el (+) significa que las personas ya se encuentran tomando medicamentos por lo que aunado a que algunas molestias de salud persisten, a estas se agregan los efectos secundarios de los medicamentos. La cuarta etapa se contrapone al término "naive" con el que se nombra en el medio médico a las PVVs que no han tomado medicamentos; por lo que se sustituye usando el término "cunning" para mencionar a las personas que, estando en tratamiento ARV, cuenta con la cualidad de ejercer su autodeterminación y ser capaz de proteger su salud con diversas herramientas biomédicas, comportamentales y relacionales. En este sentido el indicador 4 para la evaluación fue el porcentaje de personas vinculados al servicio de salud al 30 de julio del 2014 que después de haber recibido su diagnóstico y estado clínico inicial, permanecen en tratamiento durante un año y han conseguido mejorar su cuadro clínico, por lo menos en una categoría, transitando de la C+ hasta A+ o permaneciendo en la categoría "cunning" durante un año.

Imagen 14. Cribado del Continuo de atención.



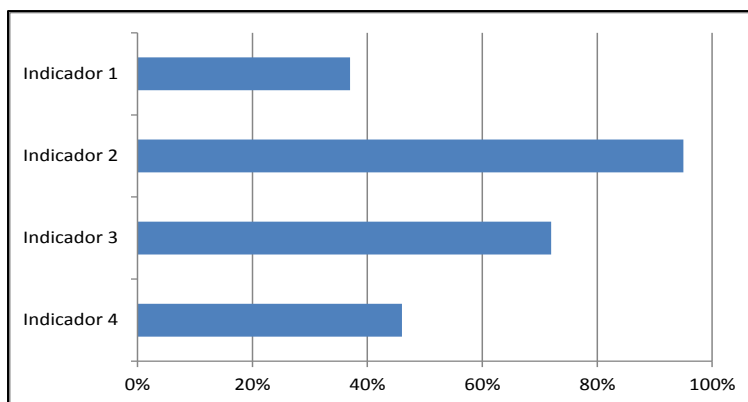
Nota: Imagen inspirada en esquema de monitoreo del Instituto de Medicina de los Estados Unidos. *Monitoring HIV Care in the United States. Indicators and Data Systems*. IOM; 2012. Source: Adapted from Das, 2011.

Estos cuatro momentos claves para la mejora de la salud de las PVVs fueron analizados en el HGZ.BD.IMSS con la finalidad de identificar en qué momentos específicos se encontró la clave de la prevención secundaria de las personas tomando en consideración que en el IMSS el continuo de atención se realizó con todas estas características más la atención de rehabilitación y curación en hospitalización.

II.4.3. Resultado del cribado de atención y problemática del continuo de atención en el HGZ.BD.IMSS

El punto de partida para el análisis del cribado del continuo de atención fue una línea de base de 334 personas viviendo con VIH/sida que reciben tratamiento ARV en la Clínica de VIH del Hospital General de Zona. Belisario Domínguez del IMSS (CLVIH.HGZ.BD.IMSS) al 30 de julio del 2014. En términos generales los resultados no fueron favorables para los indicadores de detección oportuna y de mejora del cuadro clínico de las personas. Este resultado contrasta con la capacidad de vincular y retener a las personas en los servicio de salud y el de la supresión viral de la mayoría de los derechohabientes (IMSS, 2014).

Imagen 15: Indicadores de atención hacia las personas que viven con VIH en la HGZ.BD.IMSS



Rango de evaluación con base en 400 puntos porcentuales acumulados de acuerdo a los siguientes indicadores	
Indicador 1	% de personas en tratamiento ARV que iniciaron con CD4 mayor a 200 al 30 de julio del 2014.
Indicador 2	% de personas en tratamiento que cuentan con las últimas 2 lecturas de carga viral y CD4 al 30 de julio del 2014.
Indicador 3	% de pacientes en tratamiento al 30 de julio del 2014 que se encuentran con una carga viral igual o menor a 50 copias por mililitro cúbico de sangre después de mínimo 6 meses de tratamiento.
Indicador 4	% de personas vinculados al servicio de salud al 30 de julio del 2014 que durante un año, han conseguido mejorar su cuadro clínico.

Nota: Información obtenida del Informe de Cribado de Atención del HGZBD.IMSS. 2014.

El indicador 2 y 3 (retención y supresión viral respectivamente) tuvieron porcentajes elevados que nos permitieron verificar los buenos resultados de atención proporcionada a las personas en la Clínica de VIH. El 95% de las personas que se atendieron en la clínica al 30 de julio del 2014, se encontró retenido en el servicio de salud, es decir, sólo el 5% de los pacientes no tuvieron actualizado su carga viral y conteo de CD4 en las últimas 2 tomas de muestra más reciente. Esto hizo pensar que una vez ingresado al servicio de salud, el ambiente de atención y los procedimientos han permitido a las personas concentrarse en el seguimiento de su estado clínico relacionado al VIH, siendo probable que en términos de la atención integral se haya propiciado de forma adecuada el autocuidado respecto a su seguimiento.

En la "Clínica de VIH" del HGZ.BD.IMSS se ha conseguido que un 72% de las personas atendidas se encontraran con cargas virales indetectables; es decir, en vigilancia y control de los indicadores de su carga viral. Estos resultados de la atención integral en segundo nivel de atención permitieron identificar que han existido conocimientos y habilidades para la retención a las personas y acompañarlas hasta alcanzar un nivel de supresión viral, lo cual queda demostrado cuando se puede observar que en su mayoría las personas que se encontraron vinculadas al servicio médico, ha tenido un seguimiento puntual a su estado clínico. Es evidente que el éxito de la supresión viral se debió a dos aspectos muy importantes. Por un lado, el éxito de los avances significativos en la terapia antirretroviral que ha

favorecido la adherencia de las personas a partir de la amabilidad de la presentación de los esquemas comúnmente suministrados y a las estrategias de atención que se han implementado a nivel ambulatorio.

Sin embargo, el análisis del cribado de atención mostró que el 60% aprox. de las personas ingresaron al hospital en franco proceso de desgaste por sida; es decir, que de acuerdo con la clasificación de la CDC de Atlanta estas personas se encontraban en etapa de “Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (sida)” debido a que ingresaron con un conteo de células T CD4 de 200 o menor. La mayor parte de las personas que recibieron tratamiento ARV, presentaron estados de salud considerados como graves al momento de ser diagnosticados. Así lo muestra el indicador de “detección oportuna”, que tuvo el porcentaje más bajo al contemplar que únicamente el 37% de las personas viviendo con VIH/sida ingresan al servicio médico con un diagnóstico temprano. Esto es indicador de las difíciles condiciones clínicas en que llegan las personas después de recibir su diagnóstico reactivo, pues sin duda la mayoría ingresaron al servicio de salud con enfermedades oportunistas como tuberculosis, toxoplasmosis, citomegalovirus, neumonías, algodoncillo o cefaleas. A esto se agrega que a pesar de que la mayoría de los pacientes de la Clínica de VIH se mantuvieron en supresión viral (72%) el indicador de “mejora del cuadro de salud” nos mostró que solo el 46% de las personas mejoraron su cuadro clínico, lo que quiere decir que la mayoría de las PVVs, presentaban el mismo estado de salud con el que ingresaron a la Clínica de VIH.

En resumen, la mayor parte de las personas que recibieron tratamiento ARV en la Clínica tuvieron cuadros clínicos o secuelas severas asociados a enfermedades oportunistas, debido a que ingresaron a tratamiento con diagnósticos tardíos y no han logrado el control de esos estados clínicos, por el contrario, a esta situación se les pudieron haber agregado algunos efectos secundarios relacionados con los medicamentos. De hecho el médico titular de la Clínica de VIH confirmó que el 23% de estas personas se encontraran en esta situación debido a su carga viral y a la fallas medicamentosas, por revaloraciones de esquema ARV y efectos secundarios de los medicamentos. Lo anterior quiere decir que sí existió un nivel alto de retención entre la población, pero no se han podido mitigar los cuadros clínico debido a que quizá en el continuo de atención no se ha conseguido brindar las herramientas, diagnósticos o atención integral necesaria para superar estas condiciones de salud.

De acuerdo con este resultado del cribado de atención fue impostergable valorar la necesidad de acciones en el primer nivel, donde se debe contemplar la continuidad del estado de salud de los pacientes. Reconocer la problemática institucional de salud y especialmente el problema del primer nivel de atención, significa realizar un ejercicio reflexivo que implica el reconocimiento de que no se han puesto en práctica estrategias efectivas para mejorar la atención. Ante esta situación el Hospital General de Zona, Belisario Domínguez del IMSS, en un ejercicio de apertura, demostró estar dispuesto

para la realización de la exploración de la interacción M/P en UMF, por lo que se decidió realizar el diagnóstico de la interacción entre su población con el propósito de explorar la posibilidad de la existencia de un estigma latente entre los médicos y los pacientes. Resulta importante recalcar que dentro del hospital vía la Coordinación de Investigación y la CLVIH ya existía la inquietud por realizar un ejercicio de evaluación del estigma latente entre los médicos familiares; sin embargo, al comprender la complejidad situacional por tratarse de una interacción y no una acción social de un solo agente, se aceptó apoyar la presente investigación sobre las características concretas de la interacción M/P en la UMF No. 29 perteneciente al HGZ.BD.IMSS, para identificar la situación de la atención integral en la vida cotidiana.

II.5. REFLEXIION CAPÍTULAR

En el presente capítulo se presentaron los antecedentes de la epidemia del VIH/sida, el contexto de surgimiento de los Programas Nacionales de Respuesta y el marco normativo nacional e institucional en el HGZ.BD.IMSS. De acuerdo con la normatividad vigente del instituto, la coordinación de la continuidad de la atención hacia PVVs, debe ser coordinado por el médico familiar, quien no sólo debe estar pendiente de la atención integral al momento de la presencia de enfermedad, sino que debiera realizar *la prestación médica durante toda la vida de los derechohabientes*, colocándolo en un lugar privilegiado para la detección oportuna y el monitoreo de la mejora del estado de salud de los pacientes.

Además se ha podido identificar que el continuo de atención hacia las personas viviendo con VIH/sida se encontraba en una problemática en términos de la detección oportuna y las mejoras del cuadro clínico de las personas que reciben tratamiento ARV. Esto se reveló al percatarnos que las personas se vinculan al servicio de salud con un estado inmunocomprometido, mismo que si bien se mejora en relación a la supresión viral, esto no implicaría que las personas recuperen su salud, por el contrario, se pudo apreciarse que más de la mitad de los derechohabientes se encuentran en un estado clínico comprometido relacionado a enfermedades oportunistas o síndromes de desgaste, que en su mayoría se han presentado desde el inicio de su tratamiento ARV.

CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO- METODOLÓGICO

Con base en los fundamentos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud, la Ley del Seguro Social, la Ley para la prevención y atención integral del VIH/sida en el Distrito Federal, así como la política pública de la Administración Federal contemplada en el PND, PROSESA, PAE, y las leyes y normas que reglamentan la atención integral del Programa Nacional de Respuesta al VIH/sida en México; el HGZ.BD.IMSS, ubicado en la Col. Aragón de la Del. Gustavo A. Madero en la Ciudad de México, tendría la responsabilidad de garantizar el reconocimiento de la calidad de “persona” a sus derechohabientes, siendo esta la identidad institucional legítima en el instituto.

Bajo esa concepción institucional de los derechohabientes, el médico familiar y el médico internista en segundo nivel de atención, debieran coordinar la continuidad de la atención integral, considerando su obligación de garantizar una provisión libre de estigma y discriminación para cubrir las necesidades de salud física, mental, emocional y social a partir del desarrollo de un esquema colaborativo de salud con respaldo en los derechos humanos.

Sin embargo, en el HGZ.BD.IMSS es necesaria la investigación de las acciones de los agentes involucrados en la provisión del servicio de salud, pues se ha identificado que la principal problemática de atención es que no se ha conseguido la detección temprana, ni la mejora continua de los cuadros clínicos de las PVVs, a pesar de contarse con porcentajes elevados de vinculación, retención y supresión viral. Debido a que la detección oportuna y la mejora del estado clínico de las PVVs se encuentra bajo la coordinación de la atención continua de Medicina Familiar, es importante contemplar la posibilidad de que aún existan aspectos comportamentales, en la interacción de las PVVs y los médicos que hayan impedido el desarrollo de un continuo de atención integral con fundamento en el trato digno que implica asumir un enfoque más amplio de atención bajo las directrices internacionales, regionales y nacionales de la Respuesta al VIH/sida.

La transición de una atención estigmatizada hacia otra que implique un trato digno, representa un fenómeno de cambio social que no puede ser abordado desde la acción parcial de un solo grupo de agentes, sino que debe ser comprendido desde una investigación del intercambio recíproco de acciones sociales, por ello es necesario abordarlo a partir de la profesión de Trabajo Social, que cuenta con la legitimidad funcional en el IMSS, y con las competencias para comprender el fenómeno desde un marco teórico-metodológico interaccionista en el ámbito de la salud.

Por ellos en este capítulo se describieron los postulados teóricos y metodológicos de la interacción y acción social, en los que radicó la legitimidad profesional volitiva del presente estudio y con la que se documentó el efecto o influencia de composición que tiene la interacción médico/paciente sobre el trato digno hacia personas viviendo con VIH/sida. Posteriormente se presenta la descripción del postulado metodológico de la acción social que se empleó para el cumplimiento de los objetivos de

investigación y por último se explica la perspectiva de trato digno y las técnicas utilizadas para recabar la información sobre ambos agentes.

III.1. LA PROPUESTA TEÓRICA DESDE LA INTERACCIÓN

Como hemos visto en el anterior capítulo durante más de 30 años, en Estados Unidos y en otras partes del mundo, como México, la historia del VIH/sida ha estado cargada de dicotomías que enmarcan un cambio social caracterizado por la discontinuidad. Es decir, en la trayectoria del cambio social sobre la concepción del VIH/sida no existe una regularidad de etapas que hayan propiciado el cambio. Se trata de una historia de contradicciones entre las acepciones asumidas por diversos grupos, mismas que han nutrido ampliamente nuestra comprensión de la enfermedad. Este proceso dialéctico se caracterizó en primer lugar por la invención de la enfermedad como “tipo ideal” racional para su combate; y en segundo lugar la re-significación de ese mismo “tipo ideal” para mejorar la calidad de atención y estilo de vida de las personas infectadas, enfermas y afectadas.

La dicotomía estuvo constituida por una acepción que dio origen al tipo ideal “VIH/sida”, formulado desde la racionalidad sanitaria que ayudó a identificar, caracterizar, analizar y desarrollar formas de combatir la enfermedad. Esta acepción³⁸ fue seguida por otra que respondió más a la visión de los enfermos, infectados y afectados; que en muchos sentidos se contraponía a la primera. El cambio social se fundamentó en la re-significación del tipo ideal sanitario, por lo tanto siempre ha estado emparejada a una adecuación de los servicios de salud y una continua lucha de las PVVs por reclamar una atención libre de rechazo y maltrato, esto ha generado continuas crisis de la capacidad de los servicios de salud para la atención del VIH/sida.

La construcción de los esquemas de atención integral y prevención positiva de la respuesta al VIH, estuvieron relacionados en todo momento a la interacción entre agentes que formaban parte de los gobiernos, la iniciativa privada y los grupos de la sociedad civil en todas partes del mundo. Este proceso de aparición de organizaciones civiles y la generación de la respuesta al VIH/sida de los Estado, estuvo vinculado a tres momentos típicos que resumen los contextos sociales de la historia de la epidemia y que han estado presentes en un esquema de salud a nivel internacional, regional y nacional, en el que se adoptaron medidas de Respuesta al VIH/sida que se operacionalizaron en los Programas Nacionales.

Por un lado, la aparición de la enfermedad y la invención de la categoría analítica “sida” trajeron como resultado no sólo descubrimientos asombrosos en el ámbito de la salud pública; a la par, propició un

³⁸ En el primer capítulo se comentó que una acepción es una forma simbólica subjetiva originada, usada y alimentada por trabajo colectivo mutuo, que responde a un momento y entorno socio-históricos por los cuales se produjeron y en los cuales adquiere sentido, validez y funcionalidad.

rechazo y maltrato social hacia ciertos grupos de personas a las que se les atribuyó el origen de la enfermedad. Posteriormente se hizo necesaria una re-significación de la condición de vivir con VIH, que evidentemente se realizó por conducto de la “sociedad civil” para mitigar el maltrato hacia las personas infectadas y enfermas. Por último, en un tercer momento, que correspondió más a un reconocimiento de los derechos de las personas infectadas y afectadas por la epidemia, se desarrolló el esquema de atención integral de la respuesta global y organizada al VIH/sida que se sintetizó en un esquema operativo donde ambas dicotomías hicieron sinergia, amparadas en un argumento de derechos humanos con importante respaldo en instituciones mundiales, regionales y nacionales.

Durante los primeros años de la epidemia existieron agentes, entre ellos médicos, que si bien contribuyeron con la categorización y comprensión del VIH/sida y el paulatino desarrollo tecnológico para su detección, atención, monitoreo y control; también contribuyeron a crear una imagen simbólica indeseable de los estilos de vida de algunos grupos de personas, entre quienes se presentaron los primeros casos. La enfermedad y la conducta de esos grupos terminaron por dar origen a identidades sociales indeseables, no solo por la pérdida de la salud y la muerte, sino por el comportamiento sexual diferente al heterosexual y a la monogamia que se caracterizaba como “deseable”.

A principios de la epidemia, en el ámbito médico se extendió la idea de que el VIH/sida estaba relacionado a ciertos estilos de vida alternativos al heterosexual; afirmación que Mirko Gremk documentó en el libro de “La Historia del SIDA”. En las publicaciones médicas y otros medios de comunicación, se presentó al sida como una enfermedad sustancial de algunos grupos sociales, al grado que cuando se determinó científicamente que se trataba de un fenómeno circunstancial, el rechazo hacia esos grupos ya estaba ampliamente difundido. Dentro del ámbito médico se señalaba la pertenencia a ciertos grupos sociales (homosexuales, bisexuales, usuarios de drogas inyectables, etc.), como un factor de “riesgo” para la infección por VIH, pues “la nueva enfermedad mortal encontraba en esos grupos el caldo de cultivo ideal para perpetrar su ataque” (Gremk, 2010).

Ante los entornos adversos algunas personas con VIH/sida o asociadas a ese estigma, como hombres homosexuales, se acercaron a organizaciones civiles que contaban con esquemas de salud y asesoría jurídica para la lucha contra el sida, debido a que estas personas encontraron en esos espacios un refugio de la desaprobación social simbólica traducida en desprestigio, maltrato, agresiones o rechazo social. Esto le permitió a muchas personas acceder a un “encubrimiento”, como le llama Goffman, al acompañamiento de una persona que porta una identidad social deteriorada, con el propósito de realizar un apoyo que le permitiera a la persona re-significar su identidad y mirar con otro marco de referencia su entorno social (Goffman, 2006).

De esta manera algunas personas viviendo con VIH/sida pudieron tener acceso a un esquema de tratamiento, que involucraba medicamentos que antes de los noventas no se encontraban en el

mercado; estrategias parecidas al apoyo social que Mary Richmond, caracterizó en su libro “Caso Social Individual”, y que Goffman nombró “encubrimiento”, cuya finalidad era la mitigación del sufrimiento social y que se ponen en práctica como única manera en que se puede salir de un estado catatónico y regresar a un estado adaptativo por medio de una red de apoyo (Goffman. 2006).

Las personas viviendo con VIH/sida fueron rechazados en los servicios médicos, muchas personas decidían acercarse a grupos libres de estigma e incluirse en organizaciones de la sociedad civil, para interactuar con pares y generar confianza en sí mismos y en su entorno; disfrutando de un ambiente de seguridad que les permitió tomar aire, fuerzas y confianza para seguir luchando en el entorno hostil y adverso. Estos fueron espacios que brindaron herramientas para adaptarse o incidir de forma tajante en el ámbito familiar, pareja, comunitario, laboral, educativa o de la salud.

La re-significación de vivir con VIH/sida se logró a partir de la adopción reflexiva de categorías ideales que permitieron a las personas infectadas y enfermas tomar una posición frente a los médicos, abogados, maestros, etc. En el ámbito social, esto fue posible, en gran medida, a partir del concepto de “estigma” que en la mayor parte de los colectivos de lucha contra el sida se definió como un signo de atributos físicos, comportamentales o étnicos que pudieron señalar que se estaba categorizando a las personas en grupos desacreditables, indeseables o indignos.

Este concepto permitió a las personas actuar y obrar frente a quienes les atribuían una identidad deteriorada. La concepción de estigma, sin duda, hizo explícita la contradicción de ambas acepciones y dejó en claro la manera en que la interacción social entre los diversos grupos, permitieron el cambio social ante la enfermedad, construyendo el esquema actual de respuesta a la epidemia del VIH/sida.

Imagen 16: “El círculo vicioso del estigma, la discriminación y la violación a los derechos humanos”



Nota: Imagen extraída del documento: Índice de estigma y discriminación en personas con VIH. Guatemala 2011.

Sin embargo, actualmente el concepto de estigma es ampliamente utilizado, incluso para realizar indicadores de corte cuantitativo en informes internacionales técnicos estandarizados. Las interpretaciones estandarizadas del estigma han utilizado el término de “estigma declarado” o discriminación arbitraria cuando se expresa en diferentes acciones individuales de rechazo y exclusión que se pueden traducir en una negación del cumplimiento de derechos por parte de agentes en la vida cotidiana e institucional. Sin embargo, estas perspectivas orientadas desde la perspectiva mecanicista de la interacción social, regularmente recurren a perspectivas estructurales y funcionales que apelan a cambios en la legislación o normativa vigente, con el propósito de corregir las barreras de las PVVs para tener acceso a la atención integral. Por desgracia, estos esquemas son limitados cuando se confrontan con la situación singular de la interacción social desde una perspectiva simbólica de la cultura, por esta razón en la presente investigación se propone abrir una discusión para re-significar este término desde una concepción interaccionista simbólica.

III.1.1. La interacción como punto de partida teórico.

Debido a su relevancia desde los 80 el concepto de estigma se convirtió en una herramienta de análisis, para dar cuenta de la atención hacia PVVs dentro de los servicios de salud. El Dr. Jonathan Mann, fundador del Programa de la Organización Mundial de la Salud sobre SIDA, en 1987, hacía hincapié ante la Organización de las Naciones Unidas de la existencia de tres epidemias: La infección por VIH/sida, la epidemia de las enfermedades infecciosas e inmunológicas asociadas al virus y una epidemia social de rechazo a las personas infectadas y afectadas que privan a las PVVs del ejercicio de sus derechos.

Desde ese momento y después de la publicación del libro de Susan Sontag “El sida y sus metáforas” en 1988, el concepto de estigma se convirtió en un argumento central para la reivindicación del entorno hostil y discriminatorio relacionado con la epidemia. Sontag señaló que los médicos utilizaban “metáforas” para comprender la enfermedad, mismas que se encontraban en los significados culturales de ese grupo social. Así es como desde una corriente con perspectiva de acción colectiva se dio cuenta del entorno hostil de la epidemia del VIH/sida en los años ochenta. Desde entonces el concepto de estigma ha sido ampliamente utilizado para dar cuenta desde una lógica social de las acciones de rechazo y discriminación hacia PVVs, dando cuenta que ésta interacción era una trampa simbólica que propiciaba que las personas inhibieran su capacidad para buscar ayuda y no conseguir un tratamiento.

Desde este momento se hizo evidente la manera en que era comprendido el VIH/sida en el ámbito médico, que de acuerdo con sus argumentos utilizaban metáforas sobre enfermedades ya existentes como el cáncer, la tuberculosis y la sífilis. Sontag reveló el significado que encerraba el sida entre el

grupo de los prestadores de servicios de salud, mismo que fue transmitido a los enfermos sin precaución de lo que esto podría propiciar entre ellos:

“Esperaba convencer a los aterrados de que consultaran a un médico, o cambiaran un médico incompetente por otro, competente, que fuera capaz de cuidar adecuadamente de ellos. Que tenían (...) una... enfermedad muy grave,-- pero no más que una enfermedad—. No una maldición, ni un castigo, ni un motivo de vergüenza (...) Y no necesariamente una sentencia de muerte (...) *La enfermedad y sus metáforas* no es una simple polémica, es una exhortación. Mi mensaje era: Haz que los médicos te digan la verdad; sé un paciente informado, activo; consigue un buen tratamiento, porque lo hay (en medio de una ineptia muy difundida)” (Sontag, 1988: 51)

Susan Sontag aglutinó en un grupo identitario a los médicos, mismos que comparten una literatura, cultura y argot. A partir de esto, señaló con precisión cada una de las metáforas utilizadas por ellos, dándole especial relevancia a la metáfora “militarizada”. Esta proponía que el virus era un enemigo por combatir, lo que propiciaba que se invisibilizara la cantidad de personas infectadas, propiciando acciones de rechazo y maltrato del grupo médico hacia las PVVs, quienes sólo podían ser acreedores a acciones de aislamiento para prevenir la proliferación de la epidemia, pues esta metáfora implicó estar en un continuo estado de guerra, en el que el temor no solo al agente infectante, sino a los portadores, implicaba tomar medidas extremas que despojaban a los enfermos y afectados de su carácter de “persona”, visualizándolos únicamente como un medio de contención para el problema de salud; acciones sociales que a su vez producían un mayor sufrimiento individual que aquel propio de la enfermedad misma (Sontag, 1988).

Sontag dejó claro que el pensamiento médico moderno a principios del siglo XX comenzó con una metáfora militar de combate a las enfermedades. Entender que las enfermedades se desarrollaron a partir de organismos celulares, identificables y que podían hacerse visibles con la ayuda del microscopio, desembocó en una metáfora militar que pareció adquirir credibilidad social. La metáfora militarizada se hizo cada vez más común para el combate de los micro-organismos que causan las enfermedades, por lo que se debían señalar a quienes posibilitaban su proliferación. Las metáforas bélicas han permeado la salud pública y con ello se ha sacrificado la ética, privilegiándose la técnica, pues, hacer la guerra significó “una emergencia para la que ningún sacrificio es excesivo”. En este sentido la metáfora militar para describir una enfermedad estuvo provista de un temor no solo al agente infectante, sino a quienes fueran portadores de él y los comportamientos que lo habían llevado a adquirir la enfermedad (Sontag, 1988).

El objetivo de Susan Sontag era hacer evidente la manera en que las metáforas sobre las enfermedades propiciaban una desadaptación del individuo a su medio social³⁹. Utilizando la definición aristotélica de metáfora, hizo notar que se le brindaba a una enfermedad un significado que en muchas ocasiones

³⁹ Siguiendo con un objetivo muy similar al que Mary Richmond trazo para Trabajo Social, Susan Sontag, hizo evidente que a partir de información social que se encontraba en la cultura específica de ese grupo se podía propiciar una desadaptación de las personas, misma que podría ser combatida a partir de la re-significación y re-adaptación de los señalados a su medio social.

perjudicaba al paciente. La forma en que se comprendió la enfermedad entre la sociedad tuvo consecuencias serias, decía: “me convencí de que las metáforas y los mitos matan” (Sontag, 1988).

“Con metáfora quería decir entonces nada más ni nada menos que la más antigua y sucinta definición que conozco, la de Aristóteles. «La metáfora consiste en dar a una cosa el nombre de otra.» Decir que una cosa es o que es como algo que no es, constituye una operación mental tan vieja como la filosofía y la poesía, el caldo de cultivo de la mayor parte del entendimiento, inclusive el entendimiento científico y la expresividad. Desde luego, no es posible pensar sin metáforas. Pero eso no significa que no existan metáforas de las que mejor es abstenerse o tratar de apartarse”(Sontag, 1988: 45).

Desde esta perspectiva Susan Sontag comentó que con la palabra metáfora se puede señalar no solo una figura retórica, sino una operación simbólica-cognitiva que permite a las personas comprender la alteridad. Para Sontag el carácter simbólico que categoriza a una persona y determina el prestigio o desprestigio de una persona o grupo de personas radica en el lenguaje y no sólo en las marcas físicas. Los nombres y los sustantivos podían desacreditar a una persona o grupos de personas (Sontag, 1988).

Ya lo comentaba Irving Goffman, quien afirmó que desde la época de la Grecia antigua se utilizaba la palabra estigma para designar a los signos corporales con los cuales se intentaba señalar la portación de algo “mal”, pero con el paso del tiempo los signos físicos dejaron de ser meras marcas, para convertirse en metáforas simbólicas específicas que en una interacción cotidiana permitieron identificar a las personas portadoras de características físicas, comportamentales o morales desacreditables (Goffman, 2006).

Una metáfora vista como operación cognitiva sería aquello que Goffman define como identidad social virtual, que es una caracterización de la esencia de las personas que brinda atributos físicos, sociales y étnicos, clasificando a los individuos como pertenecientes a un grupo. Cada identidad social como un “nombre o sustantivo”, son confirmadas por quienes las atribuyen y las poseen, esto regularmente sucede con características fácticas presentes en los otros, lo cual configura lo que Goffman caracteriza como identidad social real, lo cual fortalece el estigma. (Goffman, 2006).

En este sentido el estigma no es una característica o cualidad atribuible de manera sustantiva a una persona o grupo de personas, el concepto de estigma es un concepto “relacional”, es una identidad social virtual que en la vida cotidiana es comparada con algún atributo concreto, de esta manera las personas en una interacción le dan validez como conocimiento colectivo, conectando la información simbólica con atributos facticos individuales.

Sin embargo, no siempre se necesita la corroboración de la identidad social virtual, aunque no se haya corroborado en la vida cotidiana que las personas o grupos fueran poseedores de los supuestos atributos desacreditables, sería posible que la metáfora estén presentes en la interacción. Así es como

el estigma no se puede comprender de manera unidimensional o parcial, como una cualidad atribuible a un grupo de personas, en realidad siempre ha sido un lenguaje de relaciones “el estigma es en realidad una relación entre el estereotipo y el atributo”, en este sentido sólo ha podido explicarse y comprenderse en la interacción entre diferentes personas con identidades sociales establecidas en el entorno. Cuando se argumenta en un estudio la existencia de un estigma asociado a una característica física, comportamental o moral, se debiera identificar la conexión entre el sentido subjetivo y las acciones sociales de los agentes, de no hacerse así sería un tropezón argumentativo muy serio (Goffman, 2006).

Estos tropezones pueden darse debido a concepciones erráticas debido a que no se pueden utilizar en contextos diferentes al que surgieron, por lo que se convierte en inconmensurables debido a tres razones, en primer lugar se entiende que si se pretende documentar el estigma manifiesto, esto no se puede hacer solo a partir de la existencia de acciones de rechazo o maltrato de un agente. No se podría acreditar la existencia de un estigma; al no saber si las acciones de rechazo corresponden a la existencia de una metáfora que ha asignado a las personas una identidad desacreditable. Por lo tanto se podría propiciar un análisis en que se estén evidenciando acciones que posiblemente sean constitutivas de una responsabilidad legal por discriminación, pero no por ello se puede acreditar que esas acciones sean causadas por la existencia de un estigma⁴⁰.

De la misma manera, no se podría documentar un estigma, con la simple presencia de una metáfora que desacredite a una persona o grupo en el entorno social, pues sería posible que en el momento en que se realizan las acciones, reacciones y retroacciones, las metáforas desacreditables ocuparan un segundo orden de prioridad para la guía de la interacción. En este sentido, ha sido posible que se esté acreditando una metáfora constitutiva de un estigma latente, pero no la manifestación del mismo en acciones concretas.

Por último, la tercera concepción relativa visible sobre el término de estigma ha consistido en que se puede descontextualizar al estigma del entorno de interacción, esto presupone que el estigma fuera una cualidad sustancial de un grupo identitario, lo cual recurrentemente termina desacreditando a ese grupo. Cuando se utilizan los métodos cuantitativos, se puede correr el riesgo de terminar estigmatizando a un grupo identitario para desestigmatizar a otro. Esto se evita realizando una investigación sobre interacción entre actores que den cuenta tanto del estigma latente⁴¹, como del estigma manifiesto. En esta concepción inverosímil ha estado presente debido a la ausencia casi total de un ejercicio fenomenológico del investigador, lo cual indicaría no solo un problema metodológico

⁴⁰ No sólo el concepto de estigma puede ser causante del rechazo o exclusión de un grupo sobre otro, existen otros conceptos que pueden dar cuenta de acciones de exclusión como el de identidades asesinas, habitus, etc.

⁴¹ El estigma se puede clasificar como latente o manifiesto, el primero se expresa en las metáforas subjetivas presentes en un agente y el segundo se expresa en las acciones concretas de ambos agentes durante la interacción social.

serio, sino que se correría el riesgo de comprender el concepto de estigma como sustancial atribuible a un grupo y no como un concepto socio-relacional.

Los dos primeros casos teóricos, podrían ser propiciados por aspectos de carácter teórico-operacional, sin embargo, en el tercero, se haría evidente una acción colectiva de un grupo identitario sobre otro grupo identitario. Sin embargo, el mismo Goffman criticó esta situación, pues hizo evidente que el hecho de compartir una identidad social deteriorada que aglutinara en una categoría metafórica a varias personas, esto no los haría miembros de un grupo. “Todos los miembros no constituyen un único grupo: ya que no poseen una capacidad para la acción colectiva ni una pauta estable para totalizar la interacción mutua” (Goffman, 2006:36).

Goffman reconoció que aunque varias personas compartan una identidad social, fuera deteriorada o no, esto no los convertiría en un grupo con objetivos colectivos. Para él entre las personas estigmatizadas podían existir “líderes” que se desprenden de la identidad social que categoriza al grupo, también reconoce que entre las personas “normales” existan personas “sabias”, simpatizantes de los estigmatizados, capaces de cuestionar las metáforas existentes tanto en su entorno, como en su construcción identitaria social; lo que ha hecho más compleja la interacción social y ha desdibujado las fronteras de los grupos, así como las barreras identitarias. Esto se puede corroborar debido a que después de ciertas experiencias el simpatizante o líder a menudo aguarda a que la situación del estigmatizado se transforme, sobresaliendo del grupo y obteniendo beneficios individuales en lugar de desarrollar un producto de cambio surgido de la mutualidad del colectivo (Goffman, 2006.).

Visualizar el concepto de estigma dentro de los servicios de salud como un desarrollo teórico de la acción colectiva tradicional que se ajustó a la concepción de grupos, es un error ampliamente difundido. Si bien el interaccionismo de Goffman podría catalogarse en un análisis de la acción colectiva, la característica esencial que lo hizo una teoría social individual fue su apuesta por la concepción simbólica de la cultura, que para los fines de la presente investigación se acercaría más a la perspectiva de acción social.

Para evitar el anterior error se ha asumido el concepto de “interacción” que desde la perspectiva de Goffman está determinado por tres aspectos contenidos en el enfoque dramático de la interacción; la situación o ambiente físico que determina en tiempo y espacio que dos o más actores se encontraría en presencia física uno ante otro, por ejemplo un consultorio; la ocasión o acontecimiento que propicia un evento de presencia cara a cara, está determinado por un antecedente y una expectativa de ambos actores en el evento, por ejemplo una consulta. Y por último, un encuentro, en el que ambo actores se darían cuenta de que han entrado en presencia inmediata uno con otro, propiciando un intercambio recíproco entre sí, por ejemplo la “cita”. Así es como se caracterizó la interacción en esta investigación, pues en ese escenario se darían acciones y reacciones que han constituido una serie de respuestas

respectivas del actuar y obrar dotado de significado y en donde sin duda se podría encontrar la presencia de un estigma latente y manifiesto. (Goffman, 1970).

“Cuando normales y estigmatizados se encuentran frente a frente sobre todo cuando se mantiene un encuentro para dialogar juntos, en muchos casos son estos momentos en que las personas deberán enfrentar las causas y los efectos del estigma” (Goffman, 2006: 81).

El análisis de la interacción social en Goffman, y su marco analítico teatral de la interacción, propició dos caminos empíricos sumamente interesantes: uno observacional que se retrató en su libro “Ritual de la Interacción Social” escrito en 1967 y que fundamentó una concepción de los rituales de la vida cotidiana para entender los encuentros cara a cara, desde un enfoque etnográfico. Otro enfoque conceptual que fue retratado en el libro “Frame analysis: los marcos de la experiencia”, lo encontramos en el término “frame” en el cual retomó la metáfora teatral para caracterizar un encuentro social en un “encuadre” referencial de la vida cotidiana que le permite a una persona comprender su entorno y asumir un papel dentro de la interacción social.

En la segunda manera de analizar la interacción social, Goffman mencionó un marco psicológico (frame) que implicó para el individuo la posesión cognitiva de un esquema estructurado de significados a partir del cual el encuentro adquirió sentido. Para definir un “frame” se ha necesitado identificar los papeles de los actores, sus pretensiones y expectativas inmersos en la interacción, así como identificar la estructura del encuentro, como resultado del encuadre intersubjetivo de ambos actores. Desde esta perspectiva la definición de la interacción estuvo determinada más por el encuadre intersubjetivo de la metáfora y de esta manera fue que la definición del encuentro estuvo determinada por los marcos de los agentes (Goffman, 2006).

III.1.2. Actuar y obrar en un espacio de interacción estructurado.

Como un dato importante para comprender la obra de Goffman, sería necesario comentar que cuando éste llegó a la Universidad de Chicago, la sociología en Estados Unidos estaba ampliamente influenciada por los estudios de Merton y Parsons, sin embargo para la academia de Chicago la teoría dictada desde Harvard y Columbia era un discurso social, que no se encontraba fundamentada en referencias empíricas sólidas. Para Blumer, discípulo de Goerge Mead, a quien se le consideró el fundador de los postulados del interaccionismo simbólico, la crítica a la teoría sociológica del rol social formulada a partir de investigación social controlada, estaba cimentada por una teoría situacional. Este planteamiento trascendió ampliamente los productos teóricos del interaccionismo simbólico entre todos sus miembros, como Goffman, quien hizo evidente que la diferencia entre el funcionalismo y el interaccionismo era tanta como la diferencia entre la el término de rol y persona.

“...el concepto de –actuación- viene a sustituir al de -rol social-, definido por la teoría funcionalista (...) una concepción del individuo como actor-personaje (...) encuentra una discrepancia entre –persona- y –rol-. En la vida cotidiana los roles no están

dispuestos como posiciones estructurales que los individuos asumen para cumplir sus pautas y expectativas; en la realidad opera una segregación de los roles, que no es otra cosa que una segregación de los compromisos de actuación donde cada actor posee una personalidad diferente, como participante ratificado, según los distintos grupos sociales con los que interactúa” (López, 2010: 122).

Los principales compromisos teóricos del interaccionismo simbólico de Goffman fueron fortalecidos desde una acepción anti-funcionalista en la que las personas y sus estructuras cognitivas de significados determinaron la interacción a partir de marcos referenciales para la acción. Esto se convirtió en una disputa entre lo técnico y lo práctico, entre lo estructural y la vida cotidiana; sin embargo con el tiempo se ha confirmado que el análisis técnico y el análisis de la vida cotidiana, no puede contraponerse, por el contrario, se ha confirmado que el cambio institucional se encuentra íntimamente ligado a la interrelación de ambos aspectos.

Anthony Giddens en su libro “Las nuevas reglas del método sociológico” aclaró que a pesar de que el interaccionismo presentó un reto serio al estructural-funcionalismo, éste careció de una teoría del cambio institucional, siendo un elemento que actualmente ha puesto en predicamentos teóricos al interaccionismo simbólico. Para Giddens este fue un error central, pues una concepción del cambio institucional es sumamente importante en la teoría social sobre todo porque las instituciones han descontextualizado las interacciones en sus espacios físicos infraestructurales, a partir de un uso regulado de conocimiento que debieran ser implantado sobre las circunstancias de la vida cotidiana, siendo este el elemento distintivo de su organización y transformación (Giddens, 1993).

Berger y Luckman, por su parte, afirmaron que mientras más institucionalizada la vida, menos problemática sería la acción, pues las diferentes tipificaciones que se encontraron en las instituciones fueron capaces de superar y regular las decisiones problemáticas y por tanto organizar la vida social. De acuerdo con Thomas Luckmann esta teoría se fundamentó en las reflexiones de pensadores como Parsons, Gehlen, Luhmann y Schelsky, en el entendido que el proceso de institucionalización mismo, consistió en una acción social que se caracterizó como una obra, pues trató de crear circunstancias para regular la acción de todos los agentes dentro de la institución. (Luckmann, 1996).

“Las instituciones sociales organizan la solución de los problemas humanos (...) lo hacen en la medida en que gobiernan (...) determinadas partes de la acción social y disponen para ello mecanismos de ejecución (...) Ellas liberan al individuo, mediante un patrón de soluciones evidentes para los problemas de la conducción de su vida. Garantizando y conservando (...) la permanencia del orden social” (Luckmann, 1996: 119).

Así es como las reformas jurídicas provenientes de directrices internacionales, regionales y nacionales con fundamento en derechos humanos tienen el propósito de fomentar el cambio institucional y transformar la atención integral hacia las PVVs, sin embargo esto no es posible si no se modifican las circunstancias de la vida cotidiana al interior de las instituciones, transformando la acción social

calculada y el entorno socio-relacional en que se abordan las problemáticas de los usuarios de los servicios de salud.

¿Cómo transformar la obra institucional para adaptarla a las nuevas directrices en derechos humanos? La información que un agente utiliza para guiar sus acciones dentro y fuera de una institución, puede ser proporcionada por múltiples fuentes, promoviendo desde un esfuerzo cognitivo personal como lo asegura Goffman, o de la existencia misma de una experiencia institucional. Como diría Boudon, los agentes que deciden convertir la información institucional en una obra de cambio, comúnmente han atravesado por procesos de influencia personal que se ha caracterizado por ser reflexivos de su propio actuar y de su entorno (Boudon, 1981).

Lo que recuerda una dicotomía clásica de las ciencias sociales: ¿De dónde obtiene el agente la información, significado y sentido de su actuar? Como dice Lizon, los mecanismos de interiorización responden a distintas variables, por lo que hay que tomar la precaución de que esto no siempre ha sido garantía de un actuar consecuente a la información interiorizada. En este sentido fue que se debe también ofrecer la argumentación de los procesos sociales que influyeron en las decisiones y acciones de los agentes, en los que el entorno social fue el disparador de ciertas preferencias, modificando sus disposiciones y expectativas:

“...en estos términos, la cuestión del entorno resulta de vital importancia (...) aproximarse a ella significa intentar dar cuenta de sutiles nexos que se dan entre *disparadores* y *refuerzos*, entre norma y acción (...) Mérito (de Boudon) quizá es haber planteado la cuestión (...) no solo como moldeadas endógenamente por normas y valores; también han de verse como variables prediseñadas (...) y diseñadas por el entorno institucional, social e histórico...” (Lizon, 2007: 302).

Para Lizon, el entorno social fue crucial, pues en él se presentan reforzadores o inhibidores de ciertas formas de actuar y obrar, es decir, el entorno ha estado relacionado con el ejercicio o no de decisiones autónomas, los agentes pueden sucumbir al medio en que se desenvuelven en su vida cotidiana, mismo que actualmente podría encontrarse estructurado no solo con normas y formas simbólicas, sino también con infraestructura. De esta manera, el entorno no ha sido solo un factor objetivado en que se posicionan los esquemas cognitivos, pues quien no contemple en sus esquemas teóricos la importancia de los entornos sociales, no sólo como posición, sino como entorno de referencia para la acción, incurriría en el error de no contemplar su influencia en la disposición de los agentes por medio de refuerzos para realizar una acción u omitirla.

Quien asegure que una institución o servicio de salud esta libre de estigma y discriminación hacia PVVs, solo porque se acogieron directivas normativas y “check list” de procedimientos y quien comente que los esquemas cognitivos de los agentes son el principal factor de su cambio, no se permiten ver que las

personas son conscientes de su entorno y refuerzan o inhiben sus acciones según el entorno social en que se desarrollan en la vida cotidiana.

Giddens también afirmó que en una institución estructurada con base en normas debieran diferenciarse entre acción y actividades, en el entendido que el segundo tipo, se ha encontrado sometido a una estructura de normas y valores previamente reflexionados a nivel institucional y que tienen un propósito claro que podría escapar a la decisión de los agentes. Cuando existe una formalización regulatoria de la vida cotidiana, se ha esperado que la ambigüedad se desdibuje dando paso a una serie de actividades que debieran ser cubiertas, a manera de un flujo continuo con fundamentos lógicos, en cuyo caso y de no ser de esa manera, podría aplicarse una sanción (Giddens, 1993).

“...al referirme a tipos regulados de actos hablaré de prácticas humanas, como una serie progresiva de “actividades prácticas”. Resulta del examen analítico del concepto de actividad que una persona podría haber actuado de una manera (pero realmente) en el mundo tal como está constituido por una corriente de eventos-en-proceso-independientes del agente...” (Giddens. 1993: 76).

Las acciones institucionalizadas han sido ajenas al agente y constituyen acciones sociales calculadas (planeadas) para brindar soluciones a ciertas problemáticas y necesidades. Estas soluciones dependiendo el tipo de institución podrían estar caracterizadas como atención, educación, orientación, etc., y echan mano de intercambios sociales que permiten tener un efecto sobre las personas o el entorno. Para poder cubrir estas necesidades el flujo continuo de actividades debiera ser rutinario y recíproco a las acciones externas, que generalmente han sido realizadas por los agentes que las necesitan. Sin embargo para Goffman las acciones rutinarias, son producto de la costumbre, desde un marco de referencia cognitivo que se realizaría en el mundo de la vida cotidiana, por eso resulta indispensable el esquema fenomenológico de Berger y Luckman, pues ellos sugirieron que la acción social rutinaria de un agente debe vincularse con la acción de otros agentes, señalando que el reto de una acción regulada institucionalmente es anticiparse a la acción ajena, por lo que esta última debiera ser comprendida de forma automática y engranada con momentos sucesivos del acto:

“La propia acción rutinaria y la previsibilidad de la acción rutinaria del otro se combinan en una acción rutinaria común (...) especialmente importante es, en esta relación funcional los grados previos de acción institucionalizada que hallamos en la acción social rutinizada” (Luckmann, 1996: 122).

Las actividades, en tanto acción rutinaria, dirigidas a otros, podrían, incluso, caracterizarse por ser anónima. Es decir el agente dentro de un proceso, en algunos casos, no conocería en persona para quien realizó la acción. Para ello la institución caracteriza a los destinatarios de sus servicios con entelequias ausentes, anónimas y abstractas que fueron metáforas simbólicas, como cliente, usuario, alumnos o paciente. Así es como se concreta la actuación de un agente hacia alguien, proporcionando a ambos papeles dentro de la institución.

En algunas organizaciones el papel “cliente” e incluso los papeles de prestadores de servicio “médicos” o “docentes”, podrían sólo representar un número o presentarse bajo un icono en la web, lo cual concretaría aún más el anonimato y la ausencia física. En la medida en que los momentos del flujo de actividades de un agente ha sido rutinaria y representaron un procedimiento con el propósito de dar solución a una problemática o situación, ha sido posible que la institución realice la acción social con éxito.

“Las acciones sociales anonimantes caracterizan no solo muchas formas de las relaciones inmediatas, sino también de las relaciones mediatas. La acción social desarrolla una especie de historia sobre personas determinadas (...) sobre tipos anónimos (y) en la ejecución de actos inmediatos, los hombres, representados en el proyecto sólo como momentos puntuales de funciones (como portadores de roles y funciones), también sienten con vida estas tipificaciones a través de su presente” (Luckmann, 1996: 124).

Bajo este principio en el caso de los servicios de salud en México y específicamente en el IMSS, la entelequia normada e institucionalizada de los usuarios es una “persona” y las acciones de quienes deben brindar soluciones a las problemáticas deben ser “servidor público”, mismos que debieran reflejarlo en una obra institucional sistémica, a partir de un “esquema colaborativo de salud” con respecto a los derechos humanos, tal como se maneja en la normatividad.

Sin embargo, desde la teoría de la acción social, de Luckmann, la existencia de una situación procedimental no excluye el hecho de que el cliente pueda decidir acceder a la atención directa. En este punto la interacción entre ambos agentes, a pesar de estar normada o mediatizada, brinda un margen de acción autónoma durante el encuentro de ambos, sin que se tuviera que perder de vista las actividades rutinarias e institucionales para atender a los usuarios de los servicios, en este sentido durante la interacción cara a cara se agrega la identidad social atribuible al otro y a sí mismo.

Boudon por su parte habla de papeles compuestos o ambivalentes, tratando de asegurar que dentro de cada papel institucionalmente asignado podemos encontrar subpapeles que pueden ser definidos por la institución o ser ambiguos. Esta afirmación corresponde a la reflexión de que cada papel asignado por la institución, tiene una identidad social adicional que se encuentra inmersa en la interacción. Por ejemplo en el caso de los “médicos familiares” identidad asignada desde la institución, se agregara la identidad individual de “médico” que cada persona ha construido en la vida cotidiana. De la misma manera el papel asignado por el IMSS es el de “derechohabiente” pero ésta será compuesta por la acepción de “paciente” y esta a su vez será asociada a la enfermedad correspondiente (Boudon. 1981).

La mezcla entre papeles e identidades es indicativo de que las acciones institucionalizadas no solo son acciones rutinarias, por el contrario estas acciones se componen de una mezcla de funciones y acciones autónomas, sintetizadas en una interacción. Las interacciones sociales dentro de las instituciones han

constituido un actuar y obrar institucional cuyo sentido radica en la intención de brindar una solución a ciertas necesidades y problemáticas particulares de un individuo portador de una identidad institucional. El flujo continuo del procedimiento de atención ha estado compuesto por actividades que tienen siempre un propósito (un para qué), que por ejemplo en las instituciones asistencialistas han implicado un proceder integrado que comúnmente se ha caracterizado como tratamiento del problema, este flujo integrado es la obra que la institución u organización oferta.

Lizon afirmó que en la sociedad actual lejos de distinguir entre esferas sociales de acción funcional y esferas de interacción social por separado; se debieran hacer mención de esferas de acción con o sin decisiones autónomas dentro de una interacción, pues aunque existen esferas de la vida cotidiana que estarían cada vez más normadas y que han sido presumiblemente más enfocadas a la acción por roles, éstas también han propiciado la reproducción o inhibición de entornos interactivos con márgenes de decisión y acción autónoma (Lizon, 2007).

Al respecto Boudon afirmó que en las instituciones no se puede hablar solo de sistemas mecánicos funcionales, tal como lo señaló en su momento Coleman, sino que se deberá considerar que dentro de todas ellas existen interacciones (acción individual recíproca entre agentes) que regularmente forman parte del flujo continuo que compone la obra integrada de una organización. Estas interacciones pueden realizarse de forma mediática o inmediata, es decir, a partir de un medio (electrónico por ejemplo) o de manera presencial (frente a frente), estas interacciones serían la síntesis del actuar individual de los agente cuyo sentido subjetivo debía corresponder al papel que se le asignó dentro de la organización y a la identidad social en el contexto, lo que determina su actuar y obrar durante el trato directo (cara a cara), hacia cada personaje anónimo, ausente, presente o abstracto, con el que un agente institucional como el médico tiene la posibilidad de interactuar.

Así es como en este sistema de interacción las acciones se realizan de forma recíproca entre dos agentes y no desde un mecanismo controlado. Ambos agentes (médico/pacientes), que para Goffman serían el protagonista y antagonista, realizan acciones que debieran tener un resultado calculado u obrar, que es esperado por la institución. Sin embargo, Boudon se separa del análisis dramático de Goffman, al comentar que en una estructura institucional la identidad asignados no sólo es un papel a representar, sino que se trata de un rol normado, cuyo compromiso es resolver problemas de las personas a partir de una obra institucional. Estas instituciones no son escenas teatrales, sino que se han construido bajo la base de sistemas de interacción interdependiente cuyos resultados individuales han contribuido al cumplimiento del propósito institucional y cuya omisión, puede ser sancionada (Boudon, 1985).

Para la presente investigación, este análisis se realizó principalmente en la consulta en el primer nivel de atención (Medicina Familiar) por ser un momento concreto dentro del flujo continuo de atención

integral en el Hospital General de Zona. Belisario Domínguez del IMSS. De esta manera la consulta de Medicina Familiar, desde esta perspectiva teórica, se definió como una interacción social inmediata, regulada y con decisiones autónomas, en cuyo encuentro se desarrolla un trato recíproco, en donde el médico y el paciente pondrían en juego los papeles institucionales asignados y sus decisiones individuales autónomas.

Cuando un médico ha atendido a un “paciente” y ha brindado una receta médica se presentó una interacción cuyo evento es la “consulta”. Ambos actúan en una interacción normada que en su carácter procedimental dentro de la institución de salud forma parte y constituye un sistema. En este sistema de interacción interdependiente debieran presentarse acciones y reacciones entre dos agentes quienes actúan un papel asignado a nivel institucional, pero también podrían ejercer cierta autonomía de decisión al momento del encuentro entre ambos, lo cual se vería reflejado en el flujo continuo de procedimientos de atención hacia los usuarios, en este caso PVVs. Por esa razón en la presente investigación el flujo continuo de atención integral debe ser analizado considerando las acciones individuales autónomas y la manera en que esto ha modificado los procedimientos institucionales.

III.1.3. El concepto de dignidad consolidado en un esquema de atención integral hacia las PVVs.

La interacción interdependiente de la atención hacia PVVs, no siempre fue asumida por instituciones de salud, por el contrario al principio de la epidemia las organizaciones de la sociedad civil asumieron este papel ante el rechazo y hostilidad de diversas autoridades y prestadores de servicios de salud. El concepto de dignidad, desde sus perspectivas filosófica, jurídica y cultural ha sido crucial para la formulación de nuevas estrategias de atención en la respuesta al VIH/sida, sobre todo porque se ha emparentado con los derechos humanos y con las libertades individuales que re-significaron los estilos de vida de las PVVs. La primera declaración de principios que se realizó en Denver, sirvió de punto de partida para un movimiento de re-significación de la condición de vivir con VIH/sida, que tras la aparición de organizaciones dedicadas expresamente al tema de VIH/sida en todo el mundo, fundamentó su reivindicación jurídica y simbólica ante múltiples acusaciones y señalamientos a los que eran objeto. Los argumentos del activismo encontraron en el concepto de dignidad un sustento filosófico, jurídico y cultural sólido al exigirle al Estado y a la sociedad en general, no solo el reconocimiento de los enfermos como “personas”, sino su solidaridad ante la enfermedad y el respeto de sus derechos humanos.

La reivindicación de las PVVs como agentes centrales en los servicios de salud, implicó la búsqueda de una nueva acepción de atención integral, consolidando un “esquema colaborativo de salud” en que las personas dejaron de ser meros “receptores de servicios” y se involucraron activamente, con dignidad, como parte de la solución a los problemas sanitarios. Esta perspectiva quedó reconocida en la declaración de la Cumbre de París de 1994 y encontró su fundamento en la igualdad de derechos y

libertades fundamentales consagradas en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención Americana de Derechos Humanos.

En la Cumbre de París de 1994 se formalizó el enfoque GIPA, llamado en español como “Mayor Participación de las Personas que Viven con VIH/SIDA” (MPPVS), mismo que se convirtió en un esquema de atención integral con observancia al trato digno que fue nutriéndose de componentes, a partir de la publicación de las “Directrices Internacionales sobre el VIH” de 1998 en donde se fueron incorporando los posteriores descubrimientos y contribuciones técnicas en la promoción de salud, tratamiento, prevención y derechos humanos que se desarrollaron en materia de VIH/sida.

En la actualidad la atención integral ha sufrido un proceso paulatino de institucionalización, y lo que comenzó como un movimiento social de magnitudes mundiales que adoptaron la concepción de dignidad, se ha asumiendo por las instituciones de salud en todo el mundo, que en su mayoría ya contaban con procedimientos y normatividad de atención propia. Sin embargo, el esquema GIPA fue refrendado en la declaración de UNGASS (2001) y en la Declaración Política de 2006; así que en la Cumbre de Liderazgos Positivos (2008), realizada en la Ciudad de México, se expresó la necesidad de que la prevención positiva se basara en un consenso sólido entre las personas seropositivas y los prestadores de los servicios de salud. Esto dio origen a la Consulta Técnica sobre Prevención del VIH 2009, realizada por La Red Global de Personas Viviendo con VIH/sida [Global Network Living with HIV (GNP)] y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/sida (ONUSIDA) en Túnez, África, de cuyo documento se desprendió el marco de “Salud, Dignidad y Prevención Positiva” (SDPP). En este documento se reconocen las necesidades amplias de salud física, mental, emocional, social y sexual que deben involucrarse en el diseño e implementación de estrategias de prevención combinada y los derechos humanos, enfatizando que las políticas y los enfoques de los servicios de salud debían garantizar a las personas infectadas, una atención guiada por trato humano y con dignidad que brindaran a la gente los conocimientos, habilidades y destrezas para vigilar y proteger su estado de salud.

El documento de “Salud, Dignidad y Prevención Positiva” SDPP, retomó los componentes filosóficos del concepto de dignidad que durante más de treinta años han fortalecido los movimientos sociales de lucha contra el sida, y desde el ámbito jurídico internacional de los Derechos Humanos y la Respuesta al VIH/sida pretendió ratificar los componentes de trato digno ya existentes en los Programas Nacionales de Respuesta al VIH. Posteriormente las Directrices Operativas publicadas en 2013, buscaron la creación de un escenario de implementación en que se pudieran vincular los programas existentes, con las necesidades de trato digno de las personas viviendo con VIH/sida, facilitando el cumplimiento de las metas mundiales, regionales y nacionales; que son enfáticas en la necesidad de que el principal reto

para frenar la epidemia ha sido generar las condiciones de trato digno dentro de los servicios de salud a partir de la existencia de una interacción social libres de estigma, en que no sólo se brindaron alternativas sanitarias, sino también herramientas que propiciaran un equilibrio psicosocial de las personas viviendo con VIH/sida. De esta manera, resulta pertinente describir cada uno de esos componentes a manera de acciones calculadas que conforman la atención integral con dignidad hacia PVVs:

1. El enfoque SDPP se argumentó en el marco de los **derechos humanos** con el propósito de que éstos se convirtieran en una realidad, por lo tanto, fue un componente central, que brindó certidumbre jurídica y posibilitó la aplicación de leyes y reglamentos para asegurar el acceso a una vida libre de estigma y discriminación, con leyes que garantizaran la confidencialidad, la libre entrada, estancia y residencia, la despenalización de la transmisión, el libre desarrollo de la personalidad, etc.
2. Para combatir el estigma y discriminación en un marco de derechos humanos, fue condición primordial el involucramiento de las personas viviendo con VIH/sida en los servicios de atención integral. En este sentido el SDPP incorporó el término de “**empoderamiento**” tal como se presentó en el Modelo de Mayor Involucramiento de las Personas que Viven con el VIH/SIDA (Principio GIPA, en inglés). En este sentido se contempló la implementación de programas de auto-empoderamiento que ayudaran a las personas a adquirir un mayor nivel de conocimiento en temas de salud, fomentando la participación de organizaciones civiles y redes sociales con enfoque de derechos humanos.
3. Como se mencionó en la Declaración UNGASS 2001, se agregó a los anteriores dos componentes el reconocimiento de la prevención como base de la acción en contra del VIH/sida. **La prevención de nuevas infecciones es entendida en SDPP** a manera de un enfoque más holístico, vinculando necesidades de prevención con mayores alcances centradas en las personas infectadas y afectadas, por ejemplo, apoyo para parejas serodiscordantes; prevención para enfermedades oportunistas y comorbilidades, prevención sobre aspectos de estigma y discriminación, educación y fomento a la salud que no solo se dirigiera a la población VIH-negativa; así como acceso a tecnologías de prevención, diagnóstico y tratamiento.
4. El concepto de prevención en la Declaración de UNGASS 2001, incluyó un elemento que en el enfoque de SDPP también fue central. Para poder cumplir el objetivo de la prevención fue fundamental combatir los factores que favorecían la propagación de la epidemia, por lo que se solicitó poner especial énfasis en las poblaciones que han tenido mayor probabilidad de adquirir la infección, por lo que se incorporó el elemento de **igualdad de género**. Mismo que en el SDPP implicó el reconocimiento de acciones que fueran más allá de la Respuesta al VIH, especialmente

aquellas acciones enfocadas a la igualdad para mujeres y hombres, las orientaciones sexuales, así como a las personas transgénero, transexuales e intersexuales

5. La **salud sexual y reproductiva** fue un componente del SDPP que implicó trascender hacia la población en general. Para el bienestar de la salud sexual y reproductiva fue necesario implementar servicios de diagnóstico, tratamiento y apoyo para ITS, salud reproductiva, anticonceptiva y maternoinfantil. Esto implicaría que los servicios fueran específicos por grupos etarios y en total cuidado y atención hacia el respeto a los derechos humanos con especial énfasis en violencia de género. En este sentido y a pesar de que el punto de la atención a niños infectados y huérfanos a causa de la epidemia, ha sido poco visible en el SDPP, en la Declaración de UNGASS fue un punto importante a considerar, por lo que se debieran contemplar con mayor trascendencia.
6. En el SDPP el elemento de la “Promoción de la Salud” correspondió a los principios de la revisión de la Sexta Directriz en donde se recomendó que “el acceso a los fármacos contra el sida fueran un elemento clave del derecho al más alto nivel posible de salud”. Por lo que se reconoció que para brindar una respuesta al VIH se debió proporcionar una serie de servicios, insumos e información integrados en un enfoque amplio de prevención de nuevas infecciones, tratamiento, atención y apoyo. Así fue como se reconoció que para cumplir el derecho a la salud, el componente de **Promoción de la Salud** debía ampliar el concepto de provisión de servicios, contemplando un 'conjunto integral de servicios de salud' que buscara responder integralmente a las necesidades de salud, sin limitarse a la terapia antirretroviral (TAR).
7. Para la prevención y promoción de la salud desde la Declaración UNGASS 2001, se planteó el compromiso de la mitigación de las condiciones sociales y económicas que favoreciera la proliferación de la epidemia a nivel regional y local. Entre los cuales se encontraron las características locales de combate a la pobreza, el estigma, las medidas en lugares con conflictos bélicos, entre otros aspectos. Estos demandarían la atención de un **apoyo social y económico** hacia las personas viviendo con VIH, elemento que el enfoque de SDPP colocó tanto en el aspecto laboral, como en educación financiera a nivel regional y local.
8. Desde la Declaración Política sobre VIH/sida del 2011, que se ratificó en el documento realizado en la Asamblea de Naciones Unidas en 2016, se incorporó a la visión de la Respuesta al VIH/sida la necesidad de conocer las epidemias locales. Esto hizo cada vez más importante el elemento de **medición del impacto y rendición de cuentas**, debido a que se ha confirmado que sin una estrategia multisectorial, en la cual se disponga de financiamiento de diversos sectores sociales y productivos, no se puede realizar un combate de los elementos contextuales que favorecen la proliferación del VIH/sida a nivel regional y nacional.

La reivindicación de las personas viviendo con VIH/sida como actores centrales cuyo actuar implicó la búsqueda de sus propias estrategias de subsistencia involucrándose en los servicios de salud,

representó un ejemplo del nuevo paradigma en la atención médica, no solo para la respuesta al VIH/sida sino para hacer frente a los problemas de salud que atañen a la humanidad. Pues se trató de un “parte aguas” en la consolidación de un esquema colaborativo de salud en que las personas dejarían de ser meros “receptores de servicios” y se involucran activamente y con dignidad como parte de la solución sanitaria, dejando de ser percibidos por las autoridades sanitarias y los prestadores del servicio médico, como los depositarios de un problema de salud.

III. 2. LA PROPUESTA METODOLÓGICA DESDE ACCIÓN SOCIAL

En el presente apartado se ha pretendido explicar la metodología de la presente investigación, para dar cuenta de la influencia de la interacción médico/paciente sobre el trato digno en la atención integral hacia las personas viviendo con VIH/sida y se atienden en el Hospital General de Zona, Belisario Domínguez del IMSS. Por lo tanto se pretendió revisar lo relacionado con la descripción del postulado metodológico de la acción social, separándose de los postulados de acción colectiva u holística, debido a que la perspectiva que se pretende abarcar en esta investigación, no pretendió describir o comprender a un solo grupo inmerso en la atención integral de la epidemia de VIH/sida, es decir, no trató de dar cuenta de fundamentos de un grupo (médicos o pacientes) y tampoco se buscó explicar o comprender las representaciones de la sociedad inmersas en la objetivación de la atención, ni dar cuenta de la estructura social mecánica de las interacciones; sino que se buscó aproximarse al fenómeno desde sus características individuales, que tienen repercusiones en un fenómeno interaccionista a nivel institucional como el trato digno dentro de la atención integral:

“En todos los casos, el análisis obedece al principio que es calificado (...) como individualismo metodológico. Este principio significa (...) que (...) se debe adoptar como regla de método la de considerar a los individuos (...) incluidos en un sistema de interacción. ...no puede contentarse con una teoría que considere a unos agregados (clases, grupos, naciones) como las unidades a las que se necesita descender” (Boudon. 1981).

En este sentido, se plantea que la asimilación de un individuo a un grupo, asociación, institución , etc, no es legítima más que en el caso en que se pueda apreciar una correspondencia recíproca mutua en términos de su acción colectiva. En el caso en que lo anterior no suceda sólo queda considerar al grupo como un agregado de individuos, inmersos en una colectivo con fundamento coercitivo y en cuyo obrar individual se presenta una diferenciación clara de significados y sentidos, por lo que el rigor metodológico exige una unidad de análisis individual.

Ante esta situación no es más que evidente la necesidad de métodos introspectivos de análisis en que se contemple su contexto, sin perder de vista las características cognitivas culturales de los individuos. Así fue como en primer lugar, se buscó identificar los personajes típicos que incidieron en la interacción entre los médicos y pacientes; como un marco de referencia que les ha permitido a los agentes asumir

acciones, reacciones y retroacciones en su entorno cotidiano, el primer aspecto a considerar para dar cuenta o no de un estigma latente en la interacción debiera ser la identificación de las acepciones o metáforas existentes entre los agentes.

Una vez identificados los personajes típicos se analizaron las acciones de los agentes involucrados en la interacción y se buscaron identificar los efectos de la interacción sobre la atención integral, para posteriormente caracterizar la atención que se ha proporcionado a las personas viviendo con VIH/sida a partir del marco de SDPP. Para esto se describió el concepto de dignidad, tratando de desarrollar componentes operativos que permitieran hacer un marco analítico apropiado y adecuado a la historia de la epidemia de VIH/sida.

En suma, en este apartado se presenta el esquema metodológico que buscó desarrollar la investigación desde el marco del Trabajo Social y que permitió conciliar la dicotomía funcional y endógena a partir de adoptar la lógica de lo social fundamentada en la metodología de la acción social. Esta perspectiva hizo evidente la necesidad de caracterizar a médicos y pacientes como “agentes” inmersos en su vida cotidiana, en el entendido de que ambos han sido capaces de transformar la información impersonal o personal en una obra institucional.

III.2.1. Construcción subjetiva de la interacción

La premisa de que la vida cotidiana se ha construido en la vida cotidiana, fue crucial para la presente investigación. Pues hablar de esta construcción del mundo de la vida, como lo mencionaba Schutz, equivale a afirmar que en la vida cotidiana los agentes comparten el espacio y el tiempo, de las cuales las personas han sido conscientes y van agregando formas simbólicas individuales a su entorno social. La construcción del mundo de la vida es posible gracias a que las personas poseen significados y sentidos (un lugar en su vida), en la medida en que han sido reflexionadas y retenidas desde su propia y particular forma de interpretarlas.

El mundo de la vida cotidiana se ha construido de una manera intersubjetiva, sin embargo, no fue solo la intersubjetividad lo que ha permitido la construcción del mundo, como diría Berger y Luckman, la “realidad” se ha construido para las personas en el momento en que una se encuentra con otra, es decir, están “frente a frente”. En ese momento, la intersubjetividad ha permitido un intercambio entre ambas personas, por medio de acciones que en la medida en que han sido dirigidas hacia la otra persona o su medio, se convierten en “sociales” (Berger, 1999).

No se trata de pensar que ambas personas que intercambian acciones, tienen los mismos significados y sentidos subjetivos en la vida, y que por ello han sido capaces de intercambiar acciones. Por el contrario suele suceder, por ejemplo al tratarse de dos personas adultas, que cada uno de ellos hayan “tipificado” al otro, es decir le hayan atribuido características de comportamiento a quien tiene enfrente, lo cual, no

impide en la reciprocidad del intercambio, encontrarse en una situación de acción, reacción o retroacción.

Así es como la interacción entre ambas personas se ha construido y caracterizado de forma particular, partiendo de lo individual y teniendo como primer fundamento el carácter subjetivo del agente. Por ello es importante hablar en primer lugar de la acción individual. Para Berger y Luckmann la vida cotidiana no se podría agotar en los fenómenos presentes, pues ha abarcado fenómenos que no están aquí y ahora debido a que el agente ha orientado el sentido de su acción en el tiempo. Cuando no existe una acción y sólo fue una intención que está orientada hacia el futuro, ésta tiene forma de “proyecto”. Hablar de una “acción” ha sido hablar de un proceso que está sucediendo en el presente, en tanto que hablar de un “acto” forzaría a suponer que “la acción ya fue realizada”. Así es como un acto sintetiza una serie de acciones que pueden ser conscientes o no.

“...en las acciones diarias rutinarias (...) apenas somos conscientes de la estructura del tiempo y del sentido de los actos, el objetivo es evidente, se da un paso tras otro de modo automático (...) el proyecto se regula casi automáticamente (...) si no es así, las cosas descansan sobre actos *problemáticos*, el proyecto se traza conscientemente e incluso debe ser elegido, en determinadas circunstancias, entre distintas posibilidades concurrentes (...) y la *decisión* es un asunto de cierto peso” (Luckmann 1996: 54).

Es decir en una acción rutinaria el agente no se ha detenido a pensar de qué manera cumplir su objetivo, sin embargo, cuando no ha sido clara la manera en que se debe realizar el acto, entonces suele haber un “problema” para su realización, por lo que el proyecto involucraría una toma de decisiones que se vuelven conscientes. Es aquí, en que Berger y Luckman discrepan de Schutz, pues afirman que las experiencias producto de las vivencias no adquiere sentido, sólo hasta el momento en que las acciones han dejado de ser rutinarias y se han convertido en problemáticas, estas fueron dotadas de sentido, pues se realizaron con total intención consciente de cumplir con el objetivo de un proyecto:

“En esta relación temporal se construye el sentido (...) subjetivo de la acción. Las experiencias no tienen por lo general este sentido respectivamente actual, su sentido sólo se constituye posteriormente al captar retroactivamente la experiencia reciente o pasada; el sentido es, pues, reflexivo y retrospectivo” (Luckmann, 1996. Pág. 55).

Es posible que un agente que cuente con 30 años de experiencia realizando un acto, no haya cambiado desde entonces el sentido de sus actos, en tanto probabilidad que no haya reflexionado la manera en que ha realizado ese acto en el contexto actual. Por el contrario, es posible que para él, un acto con alto grado de experiencia fuera sólo una serie de pasos que han constituido una serie de acciones rutinarias. Cuando un agente ha reflexionado el acto, es decir, cuando hizo consciente su idea típica orientada por sus circunstancias y consecuencias espacio-temporales, estaría en condiciones de “actuar”; así es como sería probable que el agente se convirtiera en un “actor” que pudiera gobernar su cuerpo para conquistar un objetivo. Cuando el agente ha aplicado sobre sí mismo una serie de acciones

instrumentales que le han permitido dominar su cuerpo en función de una idea típica consciente, se convierte en actor. Todo actuar conlleva primigeniamente una acción del “pensamiento” con base en los significados y sentidos conscientes de cada una de las acciones a ejecutar. Cuando alguien ha actuado observado por otros, se encuentra influido de forma directa. Sin embargo hay otra manera de influir en el medio y en otras personas de forma indirecta. De acuerdo con Berger y Luckman también se podría “obrar”. El obrar “es un actuar, que en su ejecución, *interviene* en el mundo de la vida”. Todas las personas tendríamos la capacidad de realizar una intervención, pero para ello es necesaria la dominación del propio cuerpo y el vínculo entre las acciones, espacio y tiempo en el entorno:

“No todos los actos constituyen un obrar mediatizado por el cuerpo (...) Finalmente llegamos a la idea de que el control del cuerpo, de sus movimientos y de sus habilidades en la acción varían justamente de sociedad en sociedad, de época en época (...) y de un tipo social (...) a otro, por edad, sexo, aptitud y práctica de un hombre a otro” (Luckmann, 1996. Pág. 55

Esa variabilidad, ha sido lo que da sentido a la presente investigación, pues la caracterización de la interacción en primer término dependió de las “tipificaciones” subjetivas que los agentes construyen para brindar sentido a su entorno. Sin embargo, al hablar de tipificaciones, resultó sumamente amplio y poco operativo debido a la bastedad de posibles características y atribuciones que podrían surgir al hablar de ideas típicas con los agentes. Giddens lo señaló de una manera muy elocuente, al referir que en la metodología de Schutz, solo se hizo referencia a la fenomenología de la conciencia trascendental, comentario que podría aplicar también al trabajo de Berger y Luckman. En este sentido resultó sumamente importante contemplar lo que comenta Giddens:

“La obra de Schutz se distancia mucho menos de la fenomenología tal como fue heredada por Husserl, (...) La fenomenología existencial avanza considerablemente más cerca, del punto de vista del desarrollado por Wittgenstein del último periodo y adoptado por Winch, según el cual la *comprensión de sí mismo* solo se considera posible mediante la apropiación por parte del sujeto de formas lingüísticas “públicamente disponibles” (Giddens, 1993. Pág. 51).

Para Giddens la personas solo se podría distinguir a si misma de acuerdo a lo que sucede en su entorno, las identidad dentro de su interacción en la vida cotidiana, así como el sentido subjetivo de sus acciones respecto a si mismo y otros. El concepto de identidad es importante para conducir el actuar de un agente, pues de esta manera es posible interpretar el papel que le corresponde en un espacio de interacción. En este sentido los agentes suelen dominar sus acciones tratando de emular las características de la identidad que están actuando. Esa fue la verdadera materia de estudio, la interpretación de la identidad del propio actor fue la materia más importante durante el estudio, sobre todo porque se buscó la interpretación del actor, lejos de buscar la interpretación del investigador.

Si se pretende comprender las acciones de un agente, sería más importante recabar información sobre la interpretación que el agente hizo de su propio actuar. En este sentido se les solicitó a los agentes

(médicos y pacientes) las características del “personaje” en tanto interpretación de la síntesis entre papel e identidad personal que les corresponde en la interacción médico/paciente. Lejos de buscar “tipos ideales” como lo aseguraba Max Weber, en primer lugar, fue indispensable identificar “personajes típicos” en tanto interpretación tipificada del actuar, esto buscó hacer evidente sus atributos supuestos y su actuar u obrar correspondiente a una identidad. Una vez obtenido la interpretación del personaje típico, fue necesario identificar si se trata de una acepción o una metáfora, tomando en consideración que una acepción esta integrada por la concepción del personaje típico respecto al contexto, y una metáfora cuando se interpreta al personaje típico a partir de un nombre diferente a lo que debiera ser de acuerdo al contexto en que se realiza la interacción.

III. 2.2. Los resultados de los sistemas de interacción interdependientes.

En el apartado anterior se habló de los sistemas de interacción interdependiente que comprenden eventos y papeles diseñados e integrados a las actividades y procedimientos institucionales, como la consulta. Para explicar desde una perspectiva metodológica, Lizon parte de la siguiente pregunta: ¿De qué manera se puede comprender el cambio social desde su vertiente macro y micro social teniendo como fuente de argumentación la acción social de los agentes? Como dijo Lizon en su libro “Los procesos microsociológicos” solo puede comprenderse en una “lógica social” en que las personas han pasado a formar parte de un “interjuego” de decisiones presumiblemente autónomas, pero que tienen influencia dentro de esquemas de relaciones que han sido a su vez determinadas por un medio estructurado. (Lizon, 2007:19).

Para dar cuenta de este “interjuego” de decisiones fue pertinente acercarnos a la perspectiva metodológica que se insertó en la concepción simbólica de la cultura. El principal postulado de esta perspectiva se encontró en que la acción social ha sido orientada por el significado comprendido en la acción misma. Este significado se sostuvo de una intersubjetividad que construyó y ha sido influenciada por espacios de interacción con arreglo a fines, pero que en ocasiones se ha caracterizado de forma particular por estar determinado por un esquema estructurado con arreglo a valores y normas.

Para poder dar cuenta de estas interacciones que han tenido una influencia en el resultado de las organizaciones sociales estructuradas con arreglo a fines, valores y normas; fue pertinente superar la dicotomía entre la interiorización y entorno social, contradicción que no es exclusiva de las teorías de la acción social, pues diversas concepciones sociales desde el inicio de sus planteamientos profesionales también han planteado este postulado central. Al momento del encuentro entre los agentes, estos tienen la posibilidad de gozar de decisiones autónomas entre los agentes que las componen. Claro que la interacción entre agentes se ha realizado en el marco de papeles institucionales (sistema funcional); y a la vez en el contexto de decisiones autónomas que pueden ser interdependientes (interacción autónoma).

De acuerdo con Boudon, ha existido dos tipos de sistemas de interacción interdependientes, enmarcado por la acción directa, aquellos que coinciden en espacio y tiempo, así como los indirectos, aquellos que no coinciden en espacio y tiempo. Ambas interacciones tienen efectos laterales que fueron el resultado de la composición de todas las interacciones. Para objeto de la investigación únicamente se retomaron para su análisis aquellas interacciones directas (trato digno) y sus efectos laterales (Boudon, 1981).

Este tipo de interacción constituiría “momentos de verdad” es decir, momentos en que los potenciales “usuarios” encuentran un acercamiento con la institución personificada en un agente. Sin embargo, esto fue sólo un momento específico en el continuo de atención, por ello fue propicio y pertinente, aclarar que el análisis de la interacción interdependiente corresponde únicamente a aquellos aspectos funcionales que estuvieron relacionados con encuentro directo y por lo tanto, todos los aspectos constitutivos del flujo de procedimientos pueden ser analizados de forma secundaria y algunos otros, no fueron analizados.

El principal aspecto a analizar por lo tanto fue que los agentes sociales, personificados de manera típica, ya sea por una acepción o una metáfora, emprendieron formas de actuar y obrar durante la interacción, que llevaron a resultados deseables o indeseables de acuerdo con el propósito institucional. El análisis de la interacción, hizo también posible, identificar que los agentes pueden ser conscientes de los efectos que tiene su actuar y obrar, teniendo intenciones individuales claras. Esto en el supuesto y a saber que la interacción y la identidad tiene un efecto en el evento (consulta), teniendo un efecto directo en las formas de intercambio y respuesta al momento del encuentro. Así fue como interesan aquellos efectos en el trato digno dentro de la atención integral producto de la interacción interdependiente entre médicos familiares y pacientes durante la atención.

La segunda parte de la metodología, por lo tanto, exploró la existencia de efectos de composición que admitieron una designación, de resultados no intencionales de forma colectiva o institucional, pero que fueron resultado de un conjunto de acciones individuales que sí fueron intencionales. Esto sólo se pudo explicar a partir de diferenciar “intención de una acción” vs “propósito de una obra”. Para Giddens ambos conceptos se distinguieron por su capacidad hermenéutica de plantear metas a corto y largo plazo:

“El propósito a diferencia de la “intención” no es según el uso habitual un término enteramente intencional en el sentido fenomenológico: decimos que una persona actúa con un propósito o llevada por tal propósito. El propósito parece estar relacionada con una resolución o determinación, no así la intención. O sea que tendemos a usar la palabra propósito para referirnos a ambiciones de más largo plazo, mientras que la intención esta más confinada a la práctica cotidiana” (Giddens, 1993: 77).

Bajo esta lógica la intención estaría confinada a las acciones de la vida cotidiana y el propósito a las acciones que se busca conseguir en una meta en varios años. Sin embargo Berger y Luckman hicieron

una distinción interesante al respecto pues comentaron que en la medida en que las acciones se han proyectado en el tiempo, estas no conducen de manera forzosa del presente al futuro como lo afirmó la anterior perspectiva, por el contrario, el pasado, ha llegado hasta el futuro en la forma de un proyecto, por lo que en el presente el agente ejecuta el proyecto para cumplir con sus objetivos (Luckman, 1996).

“Dicho con mayor precisión: las consecuencias deben conducir al objetivo, puesto que la posibilidad de fracaso nunca debe excluirse. Los momentos concretos se suceden entre sí: el primero lleva al segundo, el segundo al tercero y el penúltimo al último. Cada paso puede considerarse como una parte del acto que se ejecuta sólo para que otra parte pueda dar inicio. Hasta que finalmente concluye el acto global, sólo puede darse mediante una referencia retrospectiva al sentido originalmente subjetivo del acto”(Luckman, 1996: 58).

Así es como los autores comentaron que para poder distinguir la diferencia entre intención y propósito, debemos estar al pendiente del sentido subjetivo que conformó el proyecto global y particularizar sus diversos momentos temporales durante la ejecución. Es decir se debe identificar que la “intención” tiene un sentido subjetivo dirigido del pasado al futuro, en tanto que un propósito para explicarse debe tener un sentido subjetivo dirigido del presente al pasado.

“Los auténticos motivos *porque* (en expresión de Schutz) pueden retrotraerse tan lejos como se quiera, sin que se llegue propiamente a un fin (futuro). Nos enfrentamos aquí con otra especie de sucesión de la descrita, hasta ahora entre los motivos *para*. También aquí se trata de motivos pero estos no conducen al futuro (intención) sino que se retrotraen al pasado (al proyecto). Las respuestas *porque* no pueden intercambiarse, en estos casos, con las respuestas *para*.(Luckman, 1996: 60).

Cuando un agente pretende explicar la intención de sus actos debiera siempre hacer referencia a lo que quiere conseguir en el futuro, pero cuando se pregunte por un propósito, el agente hace referencia a la reflexión que hizo en el pasado y que está contenida en su proyecto personal o institucional. En este sentido cuando el agente se encuentra regulado por un entorno institucional, el proyecto institucional es fundamental para explicar el propósito de su acción, sin embargo todas sus actividades inmersas en el flujo continuo para conseguir la obra de la institución, debiera estar enfocada a lo que el agente hizo para obtener un resultado en el futuro.

En este sentido se pretende preguntar a los agentes por las intenciones de sus actos y posteriormente comparar la obra resultante con el propósito institucional. Para esto es indispensable el concepto de “formas de maniobra”, que para Giddens, es el obrar mediante los cuales los agentes en algunos casos buscan escapar de responsabilidades atribuidas en el pasado (en el proyecto), o a la inversa, se atribuiría una responsabilidad o resultado de un acto como si fuera propio (en el futuro). Esto únicamente se puede hacer a partir de la reflexión, es decir un agente identifica lo que se espera de mi y de otros debido a la interacción que se ha tenido en el pasado, ideando maniobras para manipular lo que pudiera pasar en el presente o en el futuro (Giddens, 1993).

Bajo estas “formas de maniobra” es que el propósito de la institución puede convertirse en una idea etérea, en tanto que las intenciones individuales de los agentes pueden estar conduciendo a la institución a un resultado distinto al del proyecto institucional. Esto se ha hecho más evidente ante esferas de interacción con ciertos márgenes de decisión autónoma, pues el entorno dotado de sentido para el agente en una esfera de interacción cara a cara detona intenciones que han determinado la disposición y las preferencia de la acción social, misma que al conjugarse en un entorno institucional repercutían en el propósito de la obra institucional. Esto explicaría que en ocasiones emerjan resultados institucionales que no corresponden con la solución que la institución oferta para los agentes externos. Estos resultados emergentes serían, como diría Weber en el libro “La ética protestante y el espíritu del capitalismo”, “resultado agregado de contribuciones indirectas individualmente marginales” (Weber. 2012).

Cuando se habló de conductas intencionales que en su conjunto dieron paso a un fenómeno social de grandes proporciones, se presupuso que las acciones individuales y la manera de obrar de un conjunto de agentes en lo sucesivo tendrían una influencia en un fenómeno social. Por supuesto que esta influencia fue de carácter “infinitesimal” como nos advierte Lizon, pero en la medida en que se repetiría la acción, multiplicándose entre varias personas:

“Convendría más hablar de efectos de “composición” (...), un término que a Boudon le resulta más adecuado permitiéndole conjugar las anteriores connotaciones y, a la vez, diferencia agregados simples de efectos de composición complejos” (Lizon, 2007: 305)

Esto quiere decir que se podría tratar de efectos surgidos de la composición de varios individuos, mismo que se puede expresar en diagramas de flujo para revelar la estructura de interacción social al interior de la institución, pues existirían algunos efectos que se volverían emergentes respecto de las formas de interacción interdependiente dentro de esferas de decisión autónoma. Por lo tanto, aunque la vida cotidiana se encontrara normada y determinada institucionalmente, los agentes se encontrarían cada uno en su propia situación, con un sentido subjetivo guiado por sus propios intereses, habiéndose roto o no, las regularidades de los comportamientos. En éste escenario las personas realizarían acciones de maniobra que contribuyeran de manera individual a conseguir sus propios intereses, lo que conduciría a una agregación de acciones intencionales que construirían un efecto social de composición que podrían repercutir en aquellas personas a quienes van dirigidas las acciones institucionales.

La herramienta del “Camino a la Salud” es un diagrama del flujo continuo de atención, que permitió identificar el efecto o influencia de la interacción en la atención integral que sería el desglose de esa composición de intereses individuales a manera de esquema de intenciones y propósitos, respecto a la manera en que los agentes piensan alcanzar el propósito institucional por medio de sus acciones de maniobra. Así es como se identificó la modificación del continuo de atención integral por medio de un

diagrama de flujo que capturó los actos de maniobra de los médicos familiares y los pacientes De esta manera también se pudo identificar cómo se configuró un efecto de composición en la atención integral a gran escala hacia las personas viviendo con VIH/sida, que han sido atendidos en el hospital.

III.2.3. El análisis singular de la estructura situacional para identificar las características del trato digno.

Una vez que se contó con la información de los personajes típicos y la de acciones de maniobra dentro de diagramas de flujo continuo de atención, se procedió a su sistematización y análisis en el que se contrastaron las características de la interacción “singular” con el esquema de trato digno del SDPP. En este sentido la investigación no tuvo como propósito construir un concepto propio de trato digno, por el contrario se buscó contrastar el concepto de trato digno del marco de SDPP, con la situación singular de atención en el HGZ.BD.IMSS.

Boudon, afirmó que dentro del individualismo metodológico es posible realizar un “análisis sociológico de lo singular” cuyo fundamento se encontró en la contribución de Weber respecto del hombre como productor y creador de la “cultura”. Weber afirmó que la “realidad” no puede estar totalmente descrita, debido a que nuestras declaraciones están subordinadas a una estructura finita de significados. Debido a que las personas pertenecemos a una cultura históricamente determinada, las declaraciones y conceptos están típicamente incompletos, cuando buscamos describir un fenómeno. En este sentido, aspira a conseguir resultados singulares dotados de una luz de certidumbre (Boudon. 1985).

Para Fritz K. Ringer el concepto de singularidad es una contribución importante, debido a que desde la óptica de la metodología weberiana, presenta la oportunidad de hacer un análisis de aquellas características que distinguen a un sujeto y objeto. En su libro “Max Weber’s Methodology. The unification of the culture and social sciences”, habla de “singular casual analysis” como aquel análisis en que puede hacerse notar aquellas cualidades que distinguen a un objeto o sujeto, haciendo mención que desde su adecuación latina la palabra “singularitas” comenzó a ser empleada para denotar aquellas cualidades particulares que distinguen un fenómeno de otro, de la misma naturaleza (Ringer. 1997).

Un análisis singular, es por lo tanto, un análisis que busca identificar las diferencias de un objeto, sujeto o fenómeno; diferenciándolo de otros que se le parecen o debieran ser similares. En este caso, se buscó la singularidad de la estructura de atención integral hacia PVVs, misma que desde la óptica de Boudon, se encuentra bien retratada por Goffman cuando realiza el análisis de las instituciones totales:

“Los análisis de Goffman esclarecen de modo dramático un punto crucial: la anticipación de papeles del sujeto que penetra en un sistema de interacción suelen ser parciales e incompletas, cuando no falsas o deformadas. (...) En realidad no se puede hablar de papeles sino en un contexto en el que exista una organización mínima de las relaciones entre los actores. (...) la estructura de la situación tiende a imponerle (al individuo) su participación en una coalición tácita.” (Boudon. 1981:86).

Boudon establece una diferencia entre la estructura funcional y la estructura situacional, que en términos generales es singular en el entendido que obedece al contexto de interacción que organiza la vida cotidiana. Así es como el análisis singular debe establecer esos criterio de diferenciación entre los esquemas estructurales, funcionales y normados, con respecto a las estructuras situacionales que imperan en el contexto de relaciones de las personas.

En este sentido, se realizó un análisis singular de la interacción médico/paciente en la estructura situacional del UMF 29 en el HGZ.BD.IMSS, retomando el marco de Salud, Dignidad y Prevención Positiva como un “encuadre” de atención integral hacia PVVs; y que tuvo desde su elaboración el propósito de modelar las acciones sociales calculadas. Para Goffman, “Frame” o encuadre, no es sólo un esquema mental, sino que estos esquemas tienen trascendencia para “definir las situaciones”, esto quiere decir que los encuadres de los individuos pueden organizar y re-organizar las estructuras de la vida cotidiana.

A pesar de que Goffman afirma que las personas se incorporan a una interacción con marcos “primarios”, (aquellos que están formados por esquemas anteriores a la nueva interacción), también afirma que éstos se “modulan” con el paso del tiempo, debido a que las personas no permaneces acríticas a su entorno, sino que le dan sentido a su papel en la organización, a sus actos y sus obras. Esto quiere decir, que Goffman unifica la vida mental y la vida social en el término “frame”, misma que le da vida a la estructura situacional (Goffman. 2006).

Así es como para poder dar cuenta de la singularidad de esta estructura situacional, es indispensable hacer la diferenciación entre los marcos institucionales y los marcos singulares. Por lo que se recurrió al documento de Directrices Operacionales del SDPP, publicado en 2013 por ONUSIDA, que contempla la realización de un “Diagnóstico Situacional” que dentro de sus 10 aspectos contempla “una evaluación de la capacidad de la institución para llevar a la práctica los componentes de SDPP” y en segundo lugar, contempla un análisis detallado de cada uno de los componentes (ONUSIDA. 2013).

De esta manera, se realizó el análisis del continuo de atención integral, y en las actividades grupales y los entrevistas individuales se realizó el análisis singular de la estructura situacional contemplando los testimonios de ambos agentes. Con base en la estructura situacional que nos arrojaría la investigación de los personajes típicos y el diagrama del camino a la salud, se presentó un escenario de interacción interdependiente en el cual se pueden explorar las características singulares del HGZ.BD.IMSS y teniendo esta información se consideraron los componentes y subcomponentes del Marco SDPP.

III.3. RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para realizar esta labor y convertir el marco conceptual del interaccionismo simbólico en un marco de trabajo práctico se retomó un procedimiento de investigación que ha sido ampliamente conocido en el

ámbito de las organizaciones civiles de la respuesta al VIH el “Diagnóstico Comunitario Participativo (DCP)” Paquete de herramientas (DCP)” del International HIV/AIDS Alliance y Colectivo Sol A.C. (International HIV/AIDS Alliance, Colectivo Sol, 2009).

El DCP ha sido un manual producto de la experiencia de más de cuatro años a partir de 1998 que tuvo como objetivo el incremento de la capacidad programática e institucional de organizaciones civiles con trabajo en VIH/sida. Se elaboró de la recopilación de aprendizajes en experiencias de capacitación y aplicación de herramientas para diseñar proyectos de prevención del VIH/sida con comunidades de todo el país realizado por miembros del Programa Colaborativo Alianza México.

“El punto de partida fue una propuesta metodológica inicial, puesta a disposición por, The International HIV/AIDS Alliance; que fue tomada, aplicada, adaptada y transformada durante el proceso de incremento de capacidades y movilización comunitaria entre organizaciones de la sociedad civil con trabajo en VIH/SIDA;(…) que compartimos con la esperanza de que, como ha sucedido en nuestra experiencia, sea un recurso útil y práctico para apoyar respuestas apropiadas y eficaces ante el VIH/SIDA (International HIV/AIDS Alliance, 2009: 05).

Cabe señalar que el DCP fue diseñado para trabajar temas como el estigma y la discriminación con personas afectadas por el VIH o “grupos claves” para la infección desde el ámbito de las organizaciones de la sociedad civil por lo que en el “manual” las recomendaciones de implementación se centran en esa población y no con la población de médicos familiares y prestadores de servicio de salud. Sin embargo, al tratarse de un esquema de trabajo dirigido a un grupo de personas con una identidad compartida ya sea por elemento geográfico, religioso, étnico, sexual u ocupacional, éste pudo adecuarse a la investigación entre profesionales de la salud sin mayor problema.

Cabe destacar que se trató de un esquema de trabajo que incorporó aspectos y recomendaciones relevantes para el trabajo específico con personas viviendo con VIH, así como una amplia explicación del modelo de Prevención y Atención de VIH que se implementaba a finales de los noventas como el esquema idóneo de trabajo para la Respuesta al VIH.

Sin embargo para la presente investigación se insertó en un marco institucional y metodológico diferente. La investigación buscó cualidades de personajes típicos, la interacción en el continuo de atención y los efectos asociados a las interacciones médico/paciente. El verbo “identificar” en el objetivo de la investigación se utilizó para hacer referencia a la perspectiva metodológica de la acción social, en el entendido que no fue sólo un referente teórico- conceptual sino que perteneció a una perspectiva metodológica individualista que se retoma como guía para el presente estudio.

El DCP se adaptó a la perspectiva individualista cuyo objetivo fue encontrar una descripción de cualidades de los fenómenos sociales desde el enfoque de la interacción simbólica entre personas con identidad institucional u ocupacional diferentes dentro del IMSS. En este sentido, encerró un

importante interés en personajes típicos existentes entre los agentes que buscaban hacer evidentes marcos de referencia arraigados en la interacción cara a cara, identificando los efectos de composición asociados a la interacción dentro de la atención integral en la institución. En el caso del estigma hacia las personas viviendo con VIH las herramientas del DCP permitieron develar el diagrama del camino a la salud que las personas han recorrido para mejorar su estado de salud.

III.3.1. Principios de la acción social aplicados a la recolección de información

Esta perspectiva estuvo fundada en la metodología de investigación con carácter sociológico que orientó la teoría, técnicas e instrumentos hacia el estudio de la acción social calculada dentro de la vida cotidiana en una institución altamente normada. En este sentido se retomó la perspectiva de Schutz que afirmó que las personas podrían intervenir y modificar, por medio de herramientas simbólicas, construyendo las interacciones, incluyendo su entorno temporal y espacialmente.

Para Goffman una de esas herramientas ha sido la identidad social existente en su entorno cotidiano. Esto ha permitido a los sujetos comprender ese mundo social y vivir experiencias significativas, asumiendo que otros también las han vivido, de esta forma ha sido posible ponerse en el lugar de otros. Desde esta actitud natural el sujeto asumiría que los supuestos contenidos en el lenguaje de uso común han sido correctos sin realizar ningún cuestionamiento fenomenológico. Es de esa manera como las personas han podido atribuirle a otras una identidad válida en el orden institucional y en la interacción de la vida cotidiana (Goffman, 2006).

Para describir las identidades se fomentaron discusiones focalizadas que permitieron ser encaminadas desde la perspectiva grupal e individual. En ambos casos la principal materia prima fue el lenguaje, que nutrió las reflexiones de los participantes y permitió la generación de conclusiones analíticas singulares. Este elemento fue importante por que en el lenguaje residió el carácter cualitativo de la investigación debido a la reflexión crítica de las ideas, concepciones, acepciones, metáforas, los conocimientos y prácticas de los participantes, quienes permitieron construir resultados que fueron producto de un proceso interpretativo de los participantes involucrados en el estudio (Schutz, 2004).

Solo por medio del lenguaje empleado por los agentes en la vida cotidiana se pudo conseguir el objetivo de encontrar la congruencia entre las ideas que las personas le dan a sus acciones y los actos que las personas han realizado.). De esta manera, en las primeras dos partes de la investigación se mantuvo una postura crítica ante los conceptos y no ante las acciones de las personas, tratando de observar una distinción entre los personajes típicos descritos en grupo y presentes en el entorno y la identificación del carácter intencional en las acciones individuales.

De esta manera, en un primer momento se analizó la existencia de acepciones o metáforas presentes en los “Personajes típico” (ANEXO.1) de los agentes, en segundo lugar se pudo identificar de qué

manera el sentido subjetivo individual que las personas les proporcionan a sus actos, manifiestan acciones intencionales que propician una obra en el flujo continuo de atención integral a partir de la herramienta de “Camino a la salud” (ANEXO.2), en donde se analizó la posibilidad de contemplar los efectos de composición en la estructura situacional, y por último se realizó un análisis de la influencia que tiene la interacción interdependiente sobre el trato digno y sus características a partir del análisis singular del “Marco de SDPP” (ANEXO.3).

Esto reforzó la idea de efectos de composición para dar cuenta de una estructura situacional singular manifiesta en una interacción interdependiente que ha reforzado o inhibido ciertas acciones de maniobra. La estructura situacional nos brinda la posibilidad de un fenómeno que se ha construido a partir de la combinación de intencionalidades individuales y que nos permitirá comprender sus singularidades respecto al propósito normativo institucional.

Así es como se superó la noción de causa-efecto desde la perspectiva de la acción social, dando paso a una noción de complejidad en que resultó necesario explorar las conexiones entre pensamiento-acción, acción-refuerzos, refuerzos-resultados obtenidos. Esto fue sumamente útil para descartar conclusiones causales erróneas y dar paso a la comprensión de los fenómenos sociales en torno a la interacción interdependiente.

III.3.2. Ambiente autorizante de la recolección de información

La autorización de las características de recolección de información transitó por 4 etapas que modificaron la logística de muestreo y relevamiento de los testimonios. Para poner en marcha este proceso, en primer lugar, se presentó el protocolo preliminar ante las autoridades de la Jefatura de Investigación y Enseñanza del HGZ. BD. IMSS, sin embargo, el Jefe de Investigación y Enseñanza del HGZ y la Titular de la Clínica de VIH, aclararon que antes de poner en marcha el protocolo presentado y tratándose de una propuesta de Trabajo Social, se tendría que realizar un diagnóstico de atención y adaptar la investigación a las necesidades sociales reales de las PVVs. Por ello se solicitó el apoyo de la Clínica de VIH para que se proporcionara en el contexto de atención y la información del “Cribado de Atención” que brindó el panorama general del continuo de atención integral.

Durante el mes de Enero del 2014 se realizó el diagnóstico inicial del “Cribado de Atención” sobre el continuo de atención integral para VIH del HGZ BD del IMSS. Teniendo presente que resultaba sumamente importante la investigación de la interacción médico/paciente en medicina familiar se decidió elaborar un protocolo de investigación apegado a la problemática institucional que buscara comprender “la influencia de la interacción médico-paciente sobre el trato digno durante la atención proporcionada a personas viviendo con VIH y recibiendo tratamiento en el HGZ.BD.IMSS”. En ésta etapa se buscó consolidar el ambiente autorizante en el hospital, esto quiere decir, que el objetivo se centró

en fortalecer la relación con la institución; que conocieran el primer protocolo de investigación y brindaran el acceso a la población a estudiar.

La segunda etapa, consistió en encontrar un modelo reconocido a nivel nacional para realizar el diagnóstico de la atención integral, por lo que se presentó el Diagnóstico Comunitario Participativo del VIH/AIDS Alliance y Colectivo Sol, para incorporarse a las técnicas del “Taller de Consejería y Sexualidad” en que se recolectaron los testimonios de los médicos familiares. Las herramientas del DCP fueron ampliamente aceptadas en el Taller de Consejería y Sexualidad que se brindó a los médicos familiares.

Una vez entregado el programa del taller y las fechas de recolección de información se comenzó a realizar el relevamiento de los testimonios. Sin embargo, la Coordinación de Investigación del HGZ.BD.IMSS. solicitó algunos procedimientos específicos de recolección de información, mismas que modificaron el horizonte de investigación entre médicos y personas viviendo con VIH/sida, pues en el diseño original de la investigación se contempló realizar grupos focales y posteriormente entrevistas semi-estructuradas para ambos actores, sin embargo, ante la exigencia de la Coordinación de Enseñanza e Investigación del hospital se aplicaron los instrumentos de forma diferente a los agentes, aspecto que debe ser considerado al momento de analizar los resultados.

Por un lado, se solicitó que las entrevistas entre médicos familiares se realizaran de forma grupal en el “Taller de Consejería en Sexualidad y VIH”, del 23 de abril al 02 de julio, 2014, aspecto que se tenía contemplado en el diseño original de la investigación, por lo que la primer aproximación hacia los médicos familiares, se realizó de forma grupal. Sin embargo, la Coordinación de Enseñanza e Investigación no permitió realizar formalmente las entrevistas semi-estructuradas por lo que durante el mismo periodo y como parte de las actividades del taller se recolectaron 12 testimonios individuales de los mismos médicos familiares. Por esta razón la evidencia adquirida sobre la participación de los médicos en el estudio fueron los “pases de lista” (ANEXO.4) del taller en que se pueden apreciar las firmas los médicos familiares.

La tercera etapa de negociación se dedicó a consolidar el nuevo protocolo de investigación apegado a la problemática institucional. Por último en la cuarta etapa se aprobó que la herramienta del DCP se aplicara a pacientes por lo que se entregó el protocolo de investigación final, se dio el visto bueno del proyecto y se elaboró el consentimiento informado para solicitar el testimonio del paciente, programando las entrevistas del día 28 de octubre al 09 del 2014 y enero del 2015.

La aplicación a los pacientes, se demoró debido a que el comité de ética del IMSS solicitó que el investigador acreditara un taller o curso relacionado con la aplicación del DCP y el VIH/sida, mismo que se realizó en la fase presencial del “Diplomado Multidisciplinario de VIH” del Instituto Nacional de Salud Pública que se llevó a cabo del 18 al 29 de Agosto del 2014. Una vez entregado el nuevo protocolo se

dio de alta la investigación en la plataforma del IMSS, y se comenzó a realizar el relevamiento de información con las PVVs, el nuevo protocolo de investigación se subió al Sistema de Registro Electrónico el 14 de octubre del 2014.

En el caso de los pacientes, se solicitó que se realizaran entrevistas individuales a las personas viviendo con VIH/sida, que reciben tratamiento en la CLVIH.HGZ.BD.IMSS, que pertenecían a la UMF 29 y contaban con al menos un año de tratamiento ARV y no habían presentado mejoría de su estado clínico. Las entrevistas se realizaron a 24 pacientes con un nivel educativo máximo de bachillerato concluido, a quienes se les aplicaron las mismas herramientas del DCP que a los médicos familiares. Sin embargo y de acuerdo con las especificaciones de la Coordinación de Investigación y Enseñanza del HGZ.BD.IMSS, la evidencia de la participación de los pacientes debía ser un “consentimiento informado” (ANEXO.5) por cada uno de las personas interesadas en participar en la presente investigación.

El procedimiento de selección de la muestra para ambos agentes no fue totalmente aleatorio, pues en tanto que los médicos familiares fueron convocados al “Taller de Consejería”, a los pacientes se les solicitó su participación en La Clínica de VIH. El médico responsable de la Clínica de VIH les solicitaba su participación en el estudio los días martes, formulándose la entrevista después de su cita en la clínica durante el periodo de octubre del 2014 y enero de 2015. Debido a lo anterior, se solicitó a las autoridades del hospital, la posibilidad de realizar un ejercicio de levantamiento de información en grupo, con los mismos entrevistados, mismo que se realizaría en las juntas de adherencia (actividad grupal sobre las medidas de adherencia terapéutica que los pacientes deben conocer para tener un mayor apego al tratamiento), de los meses de Febrero y Marzo, lo que permitió contar con la opinión individual de los pacientes sobre los personajes típicos, el camino a la salud y el marco de SDPP y en lo sucesivo confirmarlas en grupo y siendo éste el principal tema a tratar en los siguientes capítulos.

Cabe señalar que además de lo anterior se realizó un cuestionario de contexto al médico titular de la Clínica de VIH/sida en el HGZ.BD.IMSS con el propósito de identificar el desarrollo de las condiciones de atención y las palabras comúnmente utilizadas para nombrar a los agentes. Ese cuestionario fue amablemente respondido en el mes de enero del 2014. El cuestionario de contexto al Médico Titular de la Clínica de VIH del hospital a quien se identificaría con el acrónimo “ME3”, y que cuenta con 18 años de antigüedad en el mismo cargo; ayudó a identificar la manera en que se desarrolló la Clínica de VIH, la forma en que se consolidó en el hospital como un consultorio de atención especializada y la manera en que se han nombrado en la vida cotidiana a los agentes involucrados en la interacción.

III.3.3. Horizonte de la recolección de la información

Se pretendió que el procedimiento de recolección de la información se realizara cubriendo tres objetivos. En primer lugar se consiguió la identificación de las metáforas de los agentes en su entorno por medio de los personajes típicos. En segundo lugar, fue importante identificar las acciones de ambos

agentes en el continuo de atención integral, su efecto de composición originado desde la interacción interdependiente y por último, realizar el análisis singular del trato digno a partir del marco SDPP.

Para conseguir lo anterior la actividad con la herramienta del DCP para ambos agentes contempló la generación de evidencia gráfica en la que se reflejaron las creencias y opiniones de los entrevistados en grupo, lo cual sirvió como evidencia para la investigación. En un segundo momento y toda vez que los entrevistados debían exponer en equipo su forma de pensar al entrevistador, éste guiaba la actividad hacia la explicación de la evidencia gráfica, en el entendido de que cada uno de los contenidos realizados coincidiera con las técnicas del DCP que correspondan. Por último, en un tercer momento se realizaron con el propósito de conocer la opinión individual de los 2 agentes y la singularidad de la atención integral en el hospital.

- 1. Identificar la existencia de acepciones o metáforas en los personajes típicos.** Se consiguió identificar la existencia de metáforas relacionadas a los personajes típicos. Se recopiló la información para asociar ideas a palabras mencionadas en el entorno, en este caso las definiciones de los papeles institucionales e identidades estuvieron a cargo de los participantes. Para los médicos se consiguieron los testimonios del “personaje típico” durante el taller de consejería, esto se consiguió organizando a los médicos en tres equipos, posterior a la recolección de la información grupal se solicitó una plática individual con los 12 médicos entrevistados mismos que proporcionaron su postura individual respecto a lo platicado en sesión del taller. Por su parte, los pacientes realizaron un ejercicio individual durante entrevista semi-estructurada y posteriormente se recolectó su opinión grupal sobre los resultados generales del personaje típico en “Junta de Adherencia”. Este procedimiento se repitió en el caso de la aplicación de la herramienta del “Camino a la salud”.
- 2. Manifestación del cumplimiento o modificación del continuo de atención.** Se consiguió identificar los diagramas de flujo continuo de atención con el que guían su actuar ambos agentes. Se identificó el camino transitado para recibir atención formulando una estructura situacional, además se preguntaron aspectos personales sobre el trato directo y la experiencia personal de las acciones realizadas en el continuo de atención. En este caso el trato adquirió la misma connotación y elementos anteriormente descritos percatándonos que varió la interpretación de los entrevistados (médicos y pacientes) al preguntar por el flujo de acciones rutinarias para la atención integral de las personas que viven con VIH/sida.
- 3. Análisis singular de la estructura situacional y el trato digno en la interacción interdependiente.** Una vez que se contó con las metáforas y la información del continuo de atención en las herramientas del DCP se procedió a su sistematización y análisis singular en el que fue pertinente

en primer lugar, verificar la información de los testimonios con apoyo del expediente clínico y la evidencia de atención que se encontró en él. Cabe señalar que para este procedimiento, no se tuvo acceso al expediente, sino que se le solicitó apoyo al médico titular de la Clínica de VIH, quien asignó a un médico residente para que proporcionara la información. Una vez realizado este análisis se identificó si las conclusiones concordaban con los elementos del trato digno contemplados en los componentes del esquema de atención con dignidad del enfoque de “Salud, Dignidad y Prevención Positiva”.

III.4. REFLEXIION CAPÍTULAR

En este capítulo pudimos apreciar que para realizar una investigación sobre trato digno fue indispensable partir del supuesto de la interacción de ambos agentes. Este principio no se pudo concebir sin el actuar y obrar que cubrirían necesidades inmersas y diversos estilos de vida. Por ello la investigación se realizó por métodos introspectivos que brindan datos cualitativos que surgen de la teoría interaccionista simbólica y el individualismo metodológico. Así se pudo caracterizar la atención hacia PVVs como un conjunto de decisiones y acciones individuales e intencionales recíprocas entre agentes, mismos que tienen un efecto de composición en el continuo de atención y la estructura situacional entre MF/P.

CAPÍTULO IV. LAS METÁFORAS EN LA INTERACCIÓN MÉDICO/PACIENTE EN EL HGZ.BD.IMSS.

Ha resultado comprensible que diversos organismos internacionales y nacionales coincidieran que uno de los principales obstáculos para la prevención y control de la epidemia por VIH/sida continua siendo la presencia del estigma en los servicios de salud; sobre todo si pensamos que la incorporación de los Programas Nacionales de VIH, han estado acompañados en todo momento por diversas metáforas contradictorias del VIH/sida. La interacción médico/paciente dentro de los servicios de salud locales, se han construido socialmente a partir de esas metáforas contradictorias, presentes durante la consulta médica, construyendo la estructura situacional de atención integral hacia las PVVs.

El HGZ.BD.IMSS, cuenta con una “Clínica de VIH/sida (CLVIH), que se encuentra funcionando desde 1995, formada por un solo consultorio con médico responsable, que parece estar luchando aún contra corriente de aquellas acciones institucionales que se resisten a manifestar un cambio social a favor de la respuesta al VIH/sida. En este sentido y una vez que se confirmó que los indicadores de detección oportuna y mejora del cuadro clínico en el “Cribado de atención” no han tenido los resultados óptimos, se ha pensado que quizá en el subsistema de atención de Medicina Familiar se podría encontrar e identificar personajes típicos que imposibilitan la mejora de la atención integral hacia las PVVs.

Desde la perspectiva teórica del interaccionismo simbólico, se pudo caracterizar la atención hacia PVVs como un conjunto de decisiones y acciones individuales y recíprocas entre agentes, con significado específico para las personas involucradas; Esto permitió realizar un análisis introspectivo, con base en el “Diagnóstico Comunitario Participativo (DCP)”, especialmente la herramienta de “Personaje Típico”, aplicada tanto a médicos familiares de la UMF 29, como a PVVs de la Clínica de VIH del HGZ,BD.IMSS; se identificaron metáforas en torno a los personajes típicos, que se encontraron relacionados a las palabras “médico familiar”(MF), “pacientes”(Pa) y “personas viviendo con VIH/sida” (PVVs). En este capítulo se presenta la información corresponde a los ejercicios de campo grupales y testimonios individuales de ambos agentes (médicos y pacientes), tomando en consideración los requisitos de recolección de información solicitados por la Coordinación de Investigación del HGZ.BD.IMSS.

En este capítulo, también se ha realizando una breve reseña de la Clínica de VIH en el HGZ.BD.IMSS, con el propósito de brindar el resultado del cuestionario de contexto del entorno social singular en que han recibido atención las PVVs. En la segunda parte del presente capítulo se han analizado las metáforas de los médicos familiares sobre los personajes típicos presentes en el contexto del hospital. En este apartado se exploró la manera en que los médicos familiares comprenden a los pacientes y a las PVVs. Y por último, en la tercera parte se presenta el análisis de las metáforas de los pacientes sobre los personajes típicos presentes en el contexto del hospital.

IV.1. CONTEXTO DE LA INTERACCIÓN MÉDICO/PACIENTE.

En México ante la aparición de los primeros casos de sida las notas periodísticas y las declaraciones de funcionarios gubernamentales le restaron importancia a la nueva enfermedad, señalando que estaba asociada a los comportamientos de algunos grupos de personas, principalmente a las personas homosexuales.⁴² Tras la aparición del primer caso en 1983 en el Instituto Nacional de Nutrición, se creó el Registro Nacional de Casos de SIDA que registró entre 1983 y 1987, casos de hombres que tenían sexo con hombres, casos en mujeres, personas en zonas rurales y el primer caso en un menor de edad (Murcia. 2010).

Durante los primeros años de la epidemia en nuestro país se minimizó la epidemia por VIH/sida como problema de salud pública, argumentando que estaba asociada con la idea de que la población mexicana en su conjunto no corría peligro, pues el riesgo de infección se encontraba en “otros”, como “homosexuales” y “extranjeros”. El Dr. Arturo Zarate, Subjefe de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social en una nota del periódico “El Universal”, del 10 de septiembre de 1985, afirmó que la investigación respecto al sida en el país, distraería recursos económicos que se podrían emplear para combatir otro tipo de padecimientos, por lo que aconsejó que:

“Los estudios en materia de salud pública deben responder a criterios de prioridad, definidos por el peligro que una enfermedad represente para la población en general (...) en casos como el del sida (...) se procura esperar avances concretos de investigaciones que realizan naciones desarrolladas, cuyo interés es mayor al encontrarse entre sus pobladores el principal sector de afectados” (Murcia, 2010: 158).

Cabe señalar que en México, por lo menos desde algunos tomadores de decisiones, existía la percepción de que la población mexicana estaba en menor riesgo ante la epidemia, debido a que este padecimiento se asociaba a comportamientos reprobables y poco reproducidos en México. Sin embargo, después de las Reformas al Sistema Nacional de Salud y al Congreso de Ministros de Salud en 1985, se creó el Comité Nacional para la Investigación y el Control del SIDA (CONASIDA) en 1986, organismo gubernamental que fue apoyado en sus inicios por la Organización Mundial de Salud (OMS) y fue financiado con presupuestos internacionales hasta 1992. Fue hasta éste momento (1987) que el

⁴² García-Murcia en su libro “Memorias del SIDA en México”, señala que en septiembre de 1983 en el periódico *El Universal* apareció un artículo con las opiniones de los doctores José Francisco Higuera Ramírez, jefe de la Unidad de Infectología del Hospital General de México y Víctor Fainstein del Hospital Anderson de Houston, Texas. En este artículo se reportan 20 casos de mexicanos afectados por sida, entre los que se encontraba el primer caso del Instituto Nacional de Nutrición. Ambos investigadores argumentaron que no se trataba de una noticia alarmante ya que con base en información nacional e internacional, el padecimiento se presentaba en personas pertenecientes a grupos específicos como los “homosexuales” que se habían “contagiado” en el extranjero y representaban el grupo con mayor incidencia. Afirmaban que también existía evidencia de otras poblaciones y en la lista aparecen “drográcticos”, “hijos de prostitutas” o “mujeres que mantienen relaciones con bisexuales”.

Secretario de Salud, Guillermo Soberón en la inauguración del Congreso Nacional sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA en 1987, declaró:

"Todavía se escuchan voces de incredulidad que niegan importancia al sida como problema de salud pública. El sida constituye, por sus características, (...) un problema de la más alta prioridad nacional" (Magis, 2000).

El comité se convirtió en Consejo en 1988, conservando el acrónimo de CONASIDA mismo que estaba presidido por el propio Secretario de Salud y que contó a la fecha con un patronato y un coordinador general que entre 1988 y 1994 estuvo asignado al Dr. Jaime Sepúlveda, quien fungió también como Director General de Epidemiología que se encontraba adscrito al Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos INDRE, entidad que en aquellos años realizó la vigilancia epidemiológica.

En mayo de 1986 se publicó la "Norma Técnica para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos", que obligó a la detección de anticuerpos para VIH en todos los donadores. Estas disposiciones que aparecieron en mayo de 1987 en el *Diario Oficial de la Federación*, en las reformas a la Ley General de Salud y a su reglamento; prohibían la comercialización de sangre y establecían nuevas disposiciones para el manejo de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos. En 1988 se creó el Centro Nacional de Transfusión Sanguínea, que impuso el control del Estado sobre el plasma y los hemoderivados, centralizándose el control de estos productos para prevenir la transmisión del VIH por transfusiones, permitiendo que el servicio de salud mexicano contara con sangre libre de infección.

Así durante los años 80, el Estado mexicano se concentró en tres diferentes aspectos para la prevención del VIH/sida, el registro epidemiológico de casos, la consolidación de los lineamientos para el control de productos sanguíneos-hemoderivados, y la creación de un organismo institucional que fomentó la prevención y control sobre el VIH/sida. Sin embargo, García-Murcia al entrevistar a diversos líderes de la sociedad civil de ese momento, como Arturo Díaz Betancurt, Juan Jacobo Hernández, Silvia Panebianco entre otros; comentó que el discurso oficial manejaba elementos estadísticos y jurídicos que no necesariamente correspondían con acciones directas para atender, prevenir y mitigar la epidemia y el sufrimiento social producto del estigma hacia las personas viviendo con VIH/sida.

García-Murcia mencionó que la situación del acceso a tratamiento y la epidemia en los Estados de la República Mexicana eran muy diferentes que en la capital del país, pues existía la posibilidad de que el paciente y sus familias no contaran con los recursos para trasladarse a la Ciudad de México por lo que se quedaban a recibir asistencia médica en sus instituciones de procedencia. Esto representó para muchas personas un maltrato inevitable, una exclusión de los servicios sanitarios y en consecuencia una muerte en "condiciones deplorables", pues algunos servicios funerarios al enterarse del motivo de la muerte (asociada al sida), no querían proporcionar la atención a la familia y debido a esta situación

muchos de los difuntos se velaban en casas, lo que también resultaba en maltrato comunitario y rechazo hacia las familias; que en ocasiones se veían en la necesidad de cambiar su residencia por el continuo ataque y exclusión al que eran sujetos (Murcia, 2010).

IV.1.1. La interacción entre médicos y personas viviendo con VIH/sida en México.

Un sin número de declaraciones entre la sociedad civil e instituciones académicas desbordaron una respuesta de rechazo. Carlos Monsiváis en su artículo “El sida y el sentido de urgencia” hizo notar muchas declaraciones que invitaban al rechazo y el maltrato hacia las personas viviendo con VIH/sida y los grupos entre quienes se presentaron los primeros casos de la infección. Un ejemplo de esto fue la declaración de Jesús Moya, investigador de la Universidad Nacional Autónoma de México, quien consideró que el “homosexualismo” era sólo una muestra de las muchas “desviaciones sexuales que existen en la actualidad”, por lo cual insistió en la necesidad de crear instituciones abocadas a la orientación sexual, la niñez y la juventud. De la misma manera, la opinión de Girolamo Prigioni, nuncio papal en México, sostuvo que el sida era “castigo de Dios, ya que Dios se manifestaba en el mundo a través de recordatorios trágicos”. Monsiváis haciendo un recuento de las acciones de rechazo emprendidas contra las personas que viven con VIH, afirmaba que existían:

“(…) personas despedidas de sus empleos por su condición de seropositivos, maltrato y vejaciones múltiples en los hospitales, rechazo de enfermos, escasez o ausencia de medicinas, miedo y desprecio de un sector de médicos y enfermeras, rechazo y hostigamiento de muchas familias, exámenes forzados de detección de VIH en muchas empresas, satanización casi literal por parte del clero, campañas a favor del ocultamiento y el silencio (no a las medidas preventivas), escamoteo de cifras de muertos, enfermos y contagiados”. (Monsiváis,1990: 76).

Así es como entrando en las décadas de los 80 y 90, el desconocimiento sobre la historia natural de la enfermedad, la carencia de metodologías preventivas, campañas efectivas, así como la falta de tratamiento y procedimientos en defensa legal de las personas viviendo con VIH, perpetuó un entorno hostil hacia las PVVs. En esa época las instituciones de salud en la Ciudad de México también excluyeron algunos casos de VIH/sida. Instituciones como el IMSS, el ISSSTE y PEMEX; referían al Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán (INN), casos de enfermos de sida para recibir atención, ya que esta institución fue detecto el primer caso de VIH/sida. Sin embargo, el hospital no se encontraba exento de escándalos por malos tratos, rechazo, estigma y exclusión hacia PVVs.

A pesar que el INN, recibía pacientes que se diagnosticaban en otras instituciones médicas del país, también se documentaron casos de personas confinadas y aisladas en diversas áreas hospitalarias. Un caso muy sonado en 1985 fue el de “Ricardo” aparecido en *La Jornada del 2 de septiembre de ese año y que con el nombre de “Ignorancia y temor mitifican al sida”* documentó, con autoría de Antonio Contreras, el suicidio de este chico como producto del maltrato y aislamiento que recibía en el

Instituto. El aislamiento de la persona o la canalización injustificada hacia otras áreas o instituciones de atención sanitaria resultó ser una modalidad de exclusión que se justificaba de diversas maneras en los servicios de salud (Murcia, 2010).

García-Murcia señaló y presentó numerosas notas periodísticas, en que se pudo apreciar que frecuentemente las personas que se encontraban internadas en los hospitales no recibían los alimentos necesarios, éstos eran depositados en charolas a la entrada de las habitaciones, mismas que no eran aseadas, y en otros casos, de acuerdo con la memoria de las personas entrevistadas, ni siquiera el personal médico quería entrar a sus cuartos para atenderlas.

Hechos como esos, motivaron las acciones de la sociedad civil dentro y fuera de los servicios de salud. Durante los años de los primeros casos de sida y hasta los años 90, las organizaciones de la sociedad civil tuvieron un papel muy importante en tres aspectos. Por un lado, en hacer evidente la problemática social y política que permitía la proliferación de la epidemia, en la re-significación del estigma asociado a la enfermedad, en segundo lugar, en la realización de estrategias emergentes y tratamiento de atención a las personas que presentaban la enfermedad y, por último, en el tema de la prevención y el uso del condón. Como afirmaba el sociólogo, Francisco Galván Díaz:

“Sabemos que el SIDA no es culpa del gobierno, como tampoco de la iniciativa privada, pero también tenemos noticias - estudios y la *experiencia cotidiana* así lo indica- en donde “nos toca vivir” es un terreno fértil para morirse de SIDA y no solo de tal enfermedad (...) La cuestión del SIDA obliga a utilizar el lenguaje especializado, si se quiere ir más allá de una “medicalización” de la enfermedad. (...) Si el SIDA además de ser un problema de individuos y de la cosa médica, es un problema social (...) entonces veo necesario que se le discuta en el contexto (...) aquí vale insistir en que frente a un mal que hasta ahora no ha encontrado remedio (...) debería prevalecer (...) una actitud crítica, abierta, de búsquedas responsables...” (Galván, 1988: 142)

Las organizaciones de la sociedad civil, teniendo a la cabeza personas como Luis González de Alba, Xabier Lizárraga, Arturo Díaz Betancourt, Francisco Galván, Silvia Panebianco, Juan Jacobo Hernández, entre otros; fungieron como una alternativa al rechazo y exclusión de las que eran objeto en las instituciones de salud. En entrevista con Francisco Galván, Luis González de Alba comentó respecto de los objetivos de la Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA:

“Queremos dar apoyo psicológico a los seropositivos (...) a sus familiares e incluso a los enfermos. Pensamos crear grupos que de manera voluntaria asistan (...) a los enfermos, que visiten a sus familiares, simplemente para informarles cua es la realidad de la enfermedad, en qué consiste, qué es, cuales son las mentiras que se han ido difundiendo respecto de ella (...) Queremos abordar la cuestión mediante el tratamiento de la angustia” (Galván, 1988: 257).

En las OSC las personas viviendo con VIH encontraron respuesta a su situación de maltrato hospitalario, desinformación y sobre todo acompañamiento para re-significar su estado de salud y traducirla en una oportunidad de vida. Juan Jacobo Hernández, en entrevista con Murcia, hizo hincapié en la situación deplorable en que se atendía a las personas, así como el papel que las OSC tomaron al respecto:

“...la gente tenía que hacer algo, una manera de hacerlo, era ayudando al enfermo. ¿Por qué? Porque se le maltrataba, se le aventaba la comida, no se le limpiaba cuando se hacían del baño (...) era un asistencialismo formal, pero era una acción de movilización comunitaria en respuesta a la “jodidez” de cómo los estaban tratando y maltratando. Hay que matizar el entorno del apoyo que se daba a los enfermos en los hospitales. Éramos gente que iba a pelearse con las trabajadoras sociales por que no hacían nada por mejorar las condiciones, con las afanadoras, con las enfermeras, con los nutriólogos, con los doctores. O sea, no nada más iban a atender al enfermo y a rezar con él, iban a militar y militaban de esa manera” (Murcia. 2010:213).

Arturo Díaz Betancourt, hizo hincapié en que muchas organizaciones comenzaron como espacios dedicados al movimiento homosexual, sin embargo, ante el incremento de casos de VIH/sida de la época, comenzaron a atender personas con este problema. Cuando se fundó Cálamo: Espacios y Alternativas Comunitarias, A.C, en 1984, el incremento de los casos de VIH/sida marcó un cambio en su ruta. Pues se comenzó a ofrecer información relacionada con el VIH de carácter preventivo dirigida a la población gay; sin embargo, de manera creciente empezaron a llegar a las instalaciones de la asociación personas excluidas del servicio médico, mismas que demandaban atención y medicamentos y quienes una vez estabilizados en su condición de salud, decidían participar en la atención médica.

Cuando se hacían las visitas hospitalarias en Mérida, Lizbeth Castilla, miembro de Mexicanos Contra el Sida AC, en entrevista con Murcia, constataba que a los pacientes con sida nadie quería atenderlos; nadie recogía sus heces ni la orina, y cuando cambiaban sus sábanas, éstas en vez de ser lavadas eran desechadas como si se tratara de material peligroso. Por tanto, esas visitas se convertían en momentos de asistencia directa a las personas, a las que ofrecían comida y, en ocasiones, apoyaban aseando sus habitaciones. Lizbeth relató que con el paso del tiempo, y una vez entrados los 90, en varias ocasiones que acudía a hospitales del IMSS en toda la república, acompañada de periodistas, para atender el llamado de los familiares de personas viviendo con VIH que denunciaban maltrato, era inmediato la reacción de los servidores de salud: “(...) con toda la prensa detrás (...) y los flashazos y tomando (fotos)...”, ya que enseguida se limpiaban las habitaciones de los enfermos y se asumían las recomendaba para evitar enfermedades oportunistas a los pacientes (Murcia. 2010).

La organización Colectivo Sol fue un ejemplo de la manera en que las organizaciones por la reivindicación homosexual comenzaron a adquirir un papel importante en la promoción de la información sobre el sida. Juan Jacobo Hernández en entrevista con García- Murcia comentó que en 1982, empezaron a recibir noticias de la enfermedad que se extendía en los Estados Unidos y que se conocería más tarde como sida. Comentó que él tuvo acceso a este conocimiento por medio de periódicos extranjeros que sus amistades le hacían llegar a la Ciudad de México. A decir de Juan Jacobo, muy pronto el Colectivo Sol incorporó entre sus actividades la provisión de información relativa al sida y en 1983, en colaboración con algunos médicos del Hospital de la Raza del IMSS, ofrecieron conferencias

sobre sida en la Ciudad de México. Desde ese momento Juan Jacobo Hernández, aseguró ser testigo de la respuesta de los médicos en todo el país, frente al sida:

“...hubo un conjunto de médicos, de enfermeras, de gente que estuvo ahí con los enfermos de una manera solidaria; no (eran) la mayoría, pero fueron los que sentaron las bases, las semillas de toda la respuesta positiva, digamos, del sector salud”(Murcia, 2010: 231).

Sin embargo, Juan Jacobo comentó que la intervención de estos médicos debía verse más como un acto individual que como parte de una estrategia de las instituciones de salud. Recuerda que mientras que el director de Infectología del Hospital General de México rechazaba en 1989 el ingreso de personas con VIH a ese servicio, la Dra. Patricia Méndez Cardos, del Hospital General de Zona 53 del IMSS –donde se proporcionaban servicios de salud a una población con los mayores índices de marginación urbana–, se había convertido en una aliada clave para la atención médica y para la búsqueda de un trato digno a las personas. De esta manera se pudo identificar que durante los años 90 la atención hacia las personas viviendo con VIH parecía obedecer más a una decisión personal que a una política consolidada del sector salud, esto a pesar de la existencia del CONASIDA cuyas funciones se limitaban a la realización de campañas de prevención que en muchos casos no tuvieron el impacto esperado (Murcia. 2010).

IV.1.2. El desarrollo de la Clínica de VIH/sida en el HGZ.BD.IMSS

El conjunto de Hospitales “La Raza” del IMSS, comenzó a gestionarse en 1952, cuando se realizó una inauguración simbólica, iniciando funciones en febrero de 1954. Para 1964 ya había cobrado prestigio entre la población por lo que en el mismo año subió su categoría a Centro Médico Nacional, La Raza, como se ha conocido actualmente entre la población en general y al interior del IMSS. Está conformado por una serie de hospitales de alta especialidad, en donde se encontraba la Especialidad de Infectología, que tras la caída del Centro Médico Nacional de la Colonia Doctores, durante los sismos de 1985, consolidó e incrementó su lugar estratégico para la atención de alta especialidad, entre las que se encontraba la infección por VIH/sida al inicio de la epidemia.

A pesar que los primeros casos de VIH/sida registrados en el IMSS, se presentaron en los Estados de Yucatán, Coahuila, Guanajuato, Jalisco y el Distrito Federal en 1983, a partir de 1985 el Centro Médico Nacional, La Raza, se erigió como el hospital público de alta especialidad más importante de la ciudad, mismo que se especializaba en la atención para la infección. Entre 1986 y hasta 1995, se realizaron 4,019,253 pruebas de detección de VIH en el IMSS, con la técnica de ELISA, con un promedio anual de positividad del 73%. De la cifra total de pacientes que se diagnosticaron en el IMSS durante ese periodo, el 33% se detectaron en La Raza (Onofre, 1996).

“En el primer quinquenio posterior al inicio de la detección de casos (1983 - 1987), se captaron 497 casos de SIDA, para un promedio anual de 100 pacientes. En el segundo quinquenio (1988 - 1992), el número de casos fue 4,328, para un promedio anual de

866 y en los últimos tres años se han registrado 4,394 pacientes para un promedio anual de 1,464 pacientes (Onofre, 1996: 05).

Entre 1986 y 1994 los nuevos casos de sida en el IMSS se incrementaron exponencialmente, llegando a su cifra más alta en 1995, que fue de 1 595, lo cual confirmó una tendencia epidemiológica exponencial ascendente dentro de los derechohabientes del instituto. Ante el inminente incremento de nuevos casos de VIH/sida entre su población, el instituto adoptó medidas importantes a partir de 1994 – 1996. Desde este momento el IMSS adoptó los criterios de la CDC de Atlanta para la definición y clasificación clínica de los pacientes, contemplando la atención de los pacientes en tres niveles de atención de acuerdo con la definición clínica de la Organización Mundial de la Salud, entre las que se contemplaba los acuerdos de Ginebra de 1991 (Onofre, 1996).

“En 1994 el IMSS integró guías clínicas para orientar el proceso diagnóstico terapéutico en las que se establecen en un formato flexible los lineamientos para el empleo de antirretrovirales, quimioprofilaxis e inmunizaciones” (Onofre, 1996: 01).

A partir de 1994 se estableció que las personas viviendo con VIH debían de atenderse de acuerdo con el procedimiento habitual aplicado para todos los pacientes, tomando en consideración las normas y guías clínicas específicas para la atención a las personas viviendo con VIH/sida; descentralizándose la atención al VIH/sida con la creación de clínicas especializadas en segundo nivel de atención dentro de las UMAES y los HGZ. Durante este periodo se comenzaron a crear “Clínicas de VIH/sida” en el interior de los Hospitales Generales de Zona (HGZ) y en las (UMAES). Como afirmó el médico especialista titular de la Clínica de VIH/sida del Hospital General de Zona, Belisario Domínguez:

“Infectología era exclusivo de La Raza (...) ya cuando se satura Infectología pues empezaron a derivar a todos los pacientes a las unidades correspondientes, primero a Hospitales Generales de Zona. Para eso pues había un curso de adiestramiento de 3 meses. Y después de ahí pues ya empezaron a mandar a los pacientes, cuando ya había médicos que habían asistido a las capacitaciones” (ME3, 2015: ECXT).

La Clínica de VIH del Hospital General de Zona, Belisario Domínguez, (CLVIH. HGZ. BD.IMSS) comenzó a operar con un estimado de 40 a 50 pacientes en 1995. La CLVIH. HGZ. BD.IMSS ha tenido desde su creación y hasta la fecha tres médicos responsables de la atención. El primer médico especialista (ME1), quien comenzó con la atención de los pacientes y quien al ser promovido al puesto de Jefe de Medicina Interna, le dejó su cargo a la segunda médico especialista (ME2), quien estuvo en el puesto hasta 1996-1997, en que se realizó el trámite para crear la plaza definitiva, año en que se incorporó la tercera médico especialista (ME3), quien se convirtió en el médico titular de la clínica, mantenido en el cargo hasta la fecha.

Cabe destacar que en un primer momento la Clínica de VIH del HGZ.BD.IMSS se encontraba subordinada a la atención de especialidad en “Medicina Interna” y por lo general se contemplaba que la

gran mayoría de los pacientes casi un 80% llegaban con cuadros clínicos sintomáticos del tipo 3C, por lo que en su mayoría llegaban al área de Urgencias. Esto se explicó porque a principios de los años 90, el 79% de los pacientes se presentaba con síntomas de síndrome de desgaste, el 58% se presentaban con enfermedades oportunistas y el 90% de los pacientes fallecían en el transcurso del segundo año de diagnóstico, lo cual implicaba en la mayoría de los caso una evaluación clínica sistémica que ameritaba hospitalización (Onofre, 1996).

Sin embargo, ante los cambios en las condiciones del tratamiento integral, la aparición del TARGA; se decidió a finales de 1997 establecer la Clínica de VIH, como un “consultorio ambulatorio” de atención externa en el cual se pudiera dar seguimiento a los pacientes, sin necesidad de que transitaran por el área de urgencias u hospitalización, lo cual representó un cambio cualitativo muy importante en la atención integral de las PVVs, ya que la detección de los nuevos casos debía estar sustentada por el médico familiar y éste a su vez enviar a los pacientes diagnosticados al segundo nivel de atención .

Cuando la Clínica de VIH en el HGZBD.IMSS se convirtió en un consultorio ambulatorio fue que se generó la necesidad de crear una plaza permanente para el médico especialista. Pues después de tres años de funciones en 1997 ya se contaba con 83 pacientes que se incrementan y descienden mucho debido a altas y bajas dentro del instituto. Pues todo parecía indicar que el número se incrementaría debido a que se enfrentaban 25% de incidencia anual. La ME3 comentó que:

“la clínica se ha ido formando como se ha ido necesitando, ir checando en los cursos, en los congresos y en las reuniones; no nada más se ven temas médicos, se ven un poquito administrativos, un poquitos fármaco-biológicos, un poquito de síndrome depresivo, un poquito de los problemas económicos que se pueden generar en un instituto y de qué manera los modelos que tienen a nivel internacional se pueden ir adaptando a nuestro medio (...) entonces en afán de ir copiando esos modelos es como yo (ME3) he ido metiendo o he tratado de ir armando un poco la clínica” (ME3, 2015: ECXT).

En este sentido fue que la Clínica de VIH/sida del Hospital General Belisario Domínguez, se formó a partir de la adaptación de los adelantos, necesidades que los pacientes y la atención integral que demandaban las políticas de respuesta al VIH/sida en el transcurso de 18 años en que la ME3 ha estado al frente. Aspecto que debiera enfatizarse, pues la ME3 comentó que ha sido una obra titánica al tener que lidiar con las resistencias de los médicos de los tres niveles de atención, mismas que persistían a la fecha, así como, a la oposición de muchos aspectos administrativos al interior del HGZ.BD. IMSS. Como la Dra. señaló en entrevista de contexto:

“...el paciente tiene que llegar a ser atendido por un equipo multidisciplinario, se le tiene que dar su tratamiento, estar checando efectos secundarios, el apoyo de nutrición, psiquiatría de todas las subespecialidad (...) por lo que la clínica en sí, debería de estar formada por el médico, enfermera, un psiquiatra que si lo tenemos pero ya no lo tenemos dentro del consultorio de VIH/sida, nutricionista que antes si

lo había ahora ya no está fija una porque falleció la nutricionista, trabajo social que antes si lo había ahorita ya no, ya tiene bastantes años que ya se retiraron trabajo social definitivamente de la Clínica de VIH/sida, porque dijeron que no hay personal para clínica de VIH, entonces ya dejaron ahí, entonces en un principio se tenían todas estas personas pero por necesidades de los servicios por todo eso se perdieron varias cosas” (ME3, 2015: ECXT).

Debido a este aspecto institucional, a medida en que ha pasado el tiempo, la ME3 ha tenido que adaptar nuevas estrategias de atención dentro de la clínica, por lo que ella consideró que a pesar de todas las oposiciones existentes, la Clínica de VIH/sida ha salido adelante y cuenta con buenos resultados en el tema de la retención y supresión viral, todo esto debido a su tenacidad individual, pues como ella aseguró no ha permitido “dejarse caer” ha solucionado y adaptado las demandas y necesidades de atención de las personas viviendo con VIH.

IV.1.3. La Clínica de VIH del HGZ.BD.IMSS y la atención hacia las PVVs.

Es indudable que la atención proporcionada en la Clínica de VIH/sida del HGZ.BD.IMSS correspondió a la normatividad y guías técnicas vigentes en el IMSS, sin embargo, un aspecto importante que se tomó en cuenta fue que en el hospital imperó un entorno de decisiones autónomas que ha permitido a la ME3 construir y deconstruir condiciones en que se han llevado a cabo el evento (consulta), la situación (cita) y el encuentro (trato directo), condiciones que han cambiado en función del entorno imperante en el hospital.

“...yo tuve que absorber muchas funciones para echar a andar o tratar de organizar esto en el íter de estos años pues me encontré con gente que decía: [no doctora, esto no es su función, esto es función de archivo], [no doctora, esto está mal para el instituto, usted no debe de tener los expedientes, no debe de tener la libreta, usted no lo debe de manejar]. Entonces llegaban a acuerdos entre jefatura de archivo, **médicos familiares** y asistentes médicos, solo así [dándoles por su lado y subiéndoles el ego] me dejaban hacer lo que yo quisiera. Por ejemplo, trabajo social, tuve apoyo hasta que cambio de titular la jefatura de trabajo social, de repente le decía: [oiga jefa es que yo necesito que en el taller de adherencia este esto, necesito que trabajo social haga esto a si los va a hacer los estudios socio-económicos cuando el **paciente** este hospitalizado], a lo que me respondían: [no, es que no tengo personal para acá (clínica de VIH), si tengo personal para diálisis, si tengo personal para maternidad, pero para Clínica de VIH/sida no tengo personal]. Yo les comentaba que aquí tengo 400 pacientes y allá tenían 2, ni siquiera así tenían personal” (ME3, 2015: ECXT).

Como se apreció en el testimonio la ME3, en CLVIH se refieren a las PVVs con la acepción de “paciente”⁴³ que se contempla en el “Manual de Atención Medica en Segundo Nivel del IMSS”, sin embargo, la acción autónoma de la ME3, para organizar la CLVIH no solo ha sido dirigida hacia los

⁴³ En la normativa y procedimientos del segundo nivel de atención se contempla a los derechohabientes con el termino de “paciente” por lo que se encuentra normativamente justificado el uso de esta palabra en el contexto cotidiano, por lo que se puede considerar una acepción.

pacientes, también hacia los profesionales de la salud, entre ellos a los “médicos familiares”, acepción con la que se denomina a los médicos que prestan su servicio público en las Unidades de Medicina Familia. La ME3 comentó que poco a poco le dio organización a la Clínica de VIH/sida, y fue resolviendo diversos problemas de gestión al interior del hospital. La organización de la CLVIH ha dependido de contar con personas comprometidas con la atención hacia los pacientes, aspecto que desde la óptica de la ME3, siempre ha estado guiado por la iniciativa individual más que por la institucional o grupal.

Esto estuvo fundamentado, desde la óptica del informante, por que en la institución ha imperado una política “anti-brillo”, lo que quiere decir que no ha sido prudente para el sindicato que uno de sus trabajadores se destaque del resto, pues “cuando una persona destaca por que realiza más actividades que aquellas que se encuentran en su programa de actividades, inmediatamente es buscarse pleito con los representantes sindicales”. La presencia sindical es un elemento del entorno laboral que refuerza la poca disposición de los prestadores de servicio, esto hace casi imposible tratar de buscar apoyo, apelando a los objetivos, principios normativos, visión institucional, mucho menos apelando a las políticas, directrices o recomendaciones nacionales o internacionales de atención integral para VIH/sida.

Desde la óptica del informante, lo que realmente ha generado una sinergia entre los profesionales de la salud, incluidos los médicos, para lograr un cambio en la atención ha sido la manera en que las personas “ven” al paciente y sus necesidades. Sólo desde esa óptica se ha podido solicitar a los prestadores de servicio que realicen una actividad adicional a su programa de actividades. El apoyo de otros prestadores de servicio sólo es posible cuando se encuentran sensibilizados en la importancia de brindar un esfuerzo adicional para mejorar la atención, sobre todo por que no se actualizan los programas de actividades a los requerimientos de atención.

Entonces, de acuerdo con la información que proporcionó este testimonio, para conseguir un cambio institucional favorable a la mejora de la atención integral de las PVVs, el ME3 ha dependido de acciones individuales que la han ayudado a fortalecer su actuar y obrar calculado a favor de los pacientes. Esto ha resultado determinante para el desarrollo de la Clínica de VIH/sida dentro del hospital. Con el tiempo la ME3 se ha desempeñado como titular de atención y comenta que ha buscado difundir entre los prestadores de servicio que las PVVs no son simples pacientes, ni personas “especiales”, para ella siempre han sido “personas con necesidades de salud”, frase que ha confirmado que en la CLVIH se adoptó la acepción de “persona” para brindar atención, misma que se hizo presente cuando describió la manera en que le solicita a la asistente médica cómo tratar a los pacientes que llegan al consultorio por primera vez:

“...aquí tienen que darles (...) cita (...) con la asistente médica; entonces se trata de trabajar con la asistente médica, diciéndoles (...) no son pacientes especiales, ni pacientes no especiales, simplemente son personas que vienen enfermas buscando una atención de salud, por favor si tu no estas enfermo ponte en sus zapatos (...), porque vienen desgastado, fastidiado de que los están peloteando, de un lado a otro.

(...) si (...) han tocado buenas asistentes, que los han tratado muy bien; nos han tocado asistentes muy malas en las que incluso los pacientes tuvieron que meter quejas para que las cambiaran o a veces las mismas asistentes comentan [sabes que, ya no quiero estar aquí porque no es mi ámbito, no me siento bien], entonces, ellas mismas se van” (ME3, 2015: ECXT).

Así es como se fueron construyendo las condiciones y el entorno de atención hacia las personas viviendo con VIH/sida, mismo que no ha sido estático, sino que se ha ido modificando con el paso del tiempo, dependiendo de los conocimientos del ME3 y las personas que se han involucrado en la atención dentro de la Clínica de VIH/sida. La ME3 comentó que al iniciar la clínica, ella no contaba con la capacitación necesaria para asumir su guía, pero con el paso del tiempo fue desarrollando habilidades y conocimientos que le permitieron fortalecer su liderazgo. Además comentó que al momento en que llegó a la clínica sólo existían 3 tipos de medicamento ARV, por lo que implementó los cambios necesarios para que se pudieran requisitar, adquirir y dar acceso a los medicamentos TARGA.

También comentó que al inicio, la clínica contaba con diferentes especialistas que auxiliaban la atención de las personas que vivían con VIH, por ejemplo, nutriólogo, psiquiatra y trabajo social, pero con el paso del tiempo, la ME3 ha asumido sola toda la atención y los procesos de atención existentes en la clínica. Otro aspecto importante que se ha modificado recurrentemente es la capacidad del ME3 para recetar medicamentos para la atención de enfermedades oportunistas o comorbilidades, sobre todo aquellas que debían ser atendidas en otros consultorios de especialidad.

Al momento de la investigación la ME3 no podía recetar medicamentos de todo tipo y en dosis elevadas o por periodos largos de tratamiento para enfermedades de temporada, debido a que el jefe de farmacia comentó que la clínica de VIH/sida tiene un gasto excesivo en medicamentos, por lo que se estudiaría la situación de restricción de recetas médicas para la clínica. En la misma situación se encontraba la atención de las comorbilidades que se atienden en segundo y tercer nivel de atención. De igual manera, la atención en tercer nivel y urgencias que se encontraban en una situación de acoplamiento en términos de los jefes de servicio, por un lado existía apertura a la atención y por otra resistencia a la atención respectivamente.

IV.2. LAS METAFORAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES

Como se pudo corroborar en el análisis del cribado de atención la principal área de oportunidad en el HGZ.BD.IMSS, se encontraba en la continuidad de atención integral, a partir de lo cual se alimentó la hipótesis de una interacción estigmatizada que tenía influencia sobre el trato digno en Medicina Familiar. Las autoridades del HGZ.BD.IMSS y la Clínica de VIH al ser conscientes de la pertinencia de este tema decidieron apoyar la presente investigación y permitir el levantamiento de información entre su población de médicos familiares y personas viviendo con VIH/sida que recibieron tratamiento en su institución. Por lo que se planteó la realización de grupos focales y entrevistas guiadas para ambos

actores (médicos y pacientes), sin embargo, la Coordinación de Investigación del HGZ.BD.IMSS, prefirió que la recolección de información entre médicos familiares se realizaran de forma grupal y entre pacientes de forma individual por medio de entrevista semi-estructuradas, lo que contradujo la metodología individual que se tenía planeada en la investigación. Pues se reconoció que a pesar de que la herramienta del DCP se diseñó en primera instancia para aplicarse de forma grupal, esta manera de recolectar la información podía diferenciar los resultados del ejercicio de los personajes típicos entre los agentes, por lo que se corría el riesgo de volver a obtener una investigación sesgada.

A pesar de esas circunstancias, la Coordinación de Investigación del HGZ.BD.IMSS, no aprobó la entrevista de los médicos familiares de forma individual y se decidió realizar la recolección de información entre médicos familiares en un espacio grupal, por lo que adicionalmente se tuvo que contemplar un sondeo individual. Se llegó al acuerdo de realizar la investigación en el marco de un taller cuyas primeras sesiones estuvieran dedicadas a la resolución de las herramientas del diagnóstico comunitario participativo y el resto de las sesiones a contenidos solicitados por la Coordinación de Enseñanza.

Teniendo claro este acuerdo, se realizó el “Taller de Consejería en Sexualidad y VIH” realizado del 23 de abril al 02 de julio, 2014 y dirigido especialmente a profesionales de la salud de medicina familiar. La Coordinación de Investigación y Enseñanza de la UMF No. 29 del IMSS, solicitó que se realizara el taller con dos características específicas, que fuera vivencial con un marco teórico-práctico y que pudiera propiciar la adquisición de una habilidad concreta entre los participantes, sugiriéndose que se brindara una introducción al tema de la “Consejería con enfoque al VIH/sida”. A partir de esto se decidió realizar 12 sesiones programadas, 4 dedicadas a la exploración de los personajes típicos con los médicos familiares por medio de un “Diagnostico Comunitario Participativo”, 4 dedicadas a la presentación de contenidos de “Consejería” específicamente los manuales y libros de consejería acreditados y avalados por CENSIDA y las últimas 4 sesiones dedicadas a la reflexión- acción de los participantes.

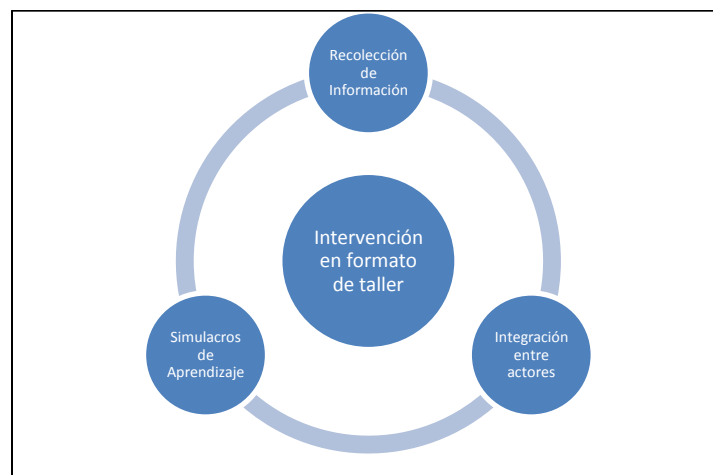
El procedimiento de recolección de la información se realizó en tres momentos diferentes del taller a lo que los participantes en general estuvieron de común acuerdo. En un primer momento del taller que representó la sesión 1 a 4, se facilitaron las actividades con las herramientas del DCP entre los prestadores del servicio de salud. En segundo momento y toda vez que los participantes expusieron sus formas de pensar al facilitador, éste guiaba la actividad hacia el cumplimiento de un contenido pre-determinado en el objetivo de la sesión 5 a 8, exponiendo contenido adicional y motivando que cada participante hiciera sus propias conclusiones.

Por último en el tercer momento se expuso a los participantes la evidencia gráfica y escrita que se recopiló en la primera etapa del taller y se contrastaba con testimonios de personas viviendo con VIH y con la información proporcionada durante el segundo momento del mismo taller. De esta manera se

motivaba la reflexión de cada uno de los participantes con la finalidad de llegar a sus propias conclusiones y quizá en el desarrollo de algún aprendizaje individual.

De esta manera el taller no fue simplemente una actividad de recolección de información, sino una intervención de diagnóstico participativo que permitió cubrir tres propósitos; la recolección de la información de los participantes, la interacción de los profesionales de salud con algunos pacientes que brindaron su testimonio de forma voluntaria y algunos simulacros de reflexión. Sin embargo, para el tema que nos incumbe en la presente tesis, se retomaron únicamente la información relacionada con la aplicación del DCP relacionada con los personajes típicos objetivo del estudio.

Imagen 17: Sistematización de cada sesión del taller.



Nota: Se presenta el orden cíclico del taller.

El taller causó gran expectativa entre los asistentes que se calculaba serían entre 20 y 30 personas, sin embargo, fueron 67 profesionales de la salud adscritos a la UMF 29 del IMSS. Entre los asistentes se encontraban 22 médicos familiares de ambos turnos, médicos internos pasantes, médicos pasantes de servicio social, enfermeras, practicantes de servicio social y 1 paciente. Desgraciadamente no todos los participantes tuvieron una asistencia regular al taller, la asistencia en promedio fue de 25 participantes, habiendo entre 16 y 33 profesionales en las sesiones durante el transcurso del taller. Los asistentes regulares (con 7 a 12 asistencias en promedio) fueron 25 entre quienes se encontraron 19 médicos familiares de ambos turnos, lo que representó el 79% de los médicos familiares de la UMF 29 del IMSS. Los asistentes irregulares en su mayoría asistieron entre 2 y 4 sesiones y fueron pasantes de carreras de la salud de instituciones como la UNAM y el IPN.

Para realizar un adecuado análisis de los resultados del taller se tomó como parámetros a los asistentes regulares quienes en su mayoría aplicaron todas las actividades de recolección de información, así como las evaluaciones. Durante el transcurso del taller se comenzaron a tomar los aspectos del DCP, los 25

asistentes regulares contribuyeron en gran medida a las conclusiones que se pusieron en este apartado. Sin embargo sería prudente comentar que sólo se tomaron en cuenta para la presente investigación los comentarios de los 12 médicos familiares que asistieron regularmente al taller y aplicaron el DCP quienes estuvieron trabajando juntos y en grupos separados del resto de miembros del taller; quienes tuvieron un promedio de edad entre 22 a 53 años, lo que nutrió la diversidad de opiniones que se reflejaron en los resultados que se presentan a continuación.

IV.2.1. Las metáforas de los médicos familiares sobre su propio personaje típico

Los médicos familiares comentaron que el papel que tenían en el servicio de salud era identificar el estado de salud de los pacientes y brindarles una atención inmediata. Por lo general la atención debía brindarse en 15 min, por lo tanto, durante su jornada laboral se debían de realizar de 20 a 25 consultas en promedio. Los médicos familiares consideraron que por lo general los pacientes eran quienes tenían la “culpa de su estado de salud” ya que se exponían de forma recurrente a ciertas actividades y prácticas que los ponen en “riesgo” de contraer enfermedades muy diversas, sin embargo, la mayoría de ellos no han comprendido su situación de riesgo ante diversas enfermedades y tampoco han estado dispuestos a cambiar, por lo tanto el papel del médico ha sido visibilizar ante el paciente esos factores de riesgos, recomendar nuevos hábitos que prevengan complicaciones y en caso de encontrarse en estados de salud muy comprometidos someterlos al tratamiento correspondiente.

Cuando los médicos familiares realizaron el ejercicio de “Personaje típico” de un médico familiar el resultado expresó la dificultad que encierra su actividad durante el evento de interacción, pues en su mayoría comentaron que se encontraban frente a un dilema de trabajo; hacer un diagnóstico acertado en el mínimo de tiempo de espera. Los médicos utilizaron una metáfora para autodefinir su personaje típico, pues comentaron que dentro de la institución son “profesionales de respuestas inmediatas”, es decir, debiera brindar una respuesta clara, concreta y certera⁴⁴ a los pacientes sobre su estado de salud:

“Los pacientes esperan una respuesta rápida a lo que les pasa en el cuerpo, a lo que sienten y ven que les causa dolor, ellos ponen su cuerpo en nuestras manos y el IMSS contempla, la respuesta a esa exigencia, sin embargo, el volumen de trabajo y la rendición de cuentas costo-beneficio, nos rebasa ampliamente, pues, algunos diagnósticos no se pueden realizar en 15 min, pero sobre nosotros cae la responsabilidad de cumplir con las metas de atención” (EQMF 1, 2014: PTMF).

Los médicos familiares comentaron que ha sido importante desarrollar habilidades como escucha activa, atención, comprensión, orientación, empatía, sin embargo las cualidades centrales fueron la

⁴⁴ Se dice que es una metáfora y no una acepción debido a que en el profesiograma y normativamente el médico familiar es un servidor público, aunque esto está determinado exclusivamente por el entorno en que se está manifestando la definición, pues muy probablemente en otros contextos de interacción esta definición sería una acepción.

confiabilidad, neutralidad y la capacidad de canalización o referencia de forma certera. Para los médicos la confianza del paciente ha sido un elemento indispensable para su actividad. La confianza se ha ganado con tiempo, pero desde su perspectiva existen elementos que el paciente ha evaluado para sentir confianza en el médico, por ejemplo la limpieza y cuidado personal del médico, lo que para ellos era “el porte” con que viste la bata, el uso preciso de los instrumentos clínicos y la edad del médico. Estos elementos han resultado indispensables para brindar a un paciente la sensación de estar frente a una persona confiable. Para los médicos fue indispensable hacer la distinción entre las concepciones “confiables” y “confianzudos” pues ha sido indispensable que el paciente crea lo que el médico le diga y no que el médico se aproveche de la ignorancia o ingenuidad del paciente, en esto radicó la diferencia de las dos metáforas. Un médico sabría que el paciente ha tenido confianza en él porque cree en lo que le está diagnosticando y en el tratamiento que le ha estado proporcionando.

Desde la perspectiva de los testimonios, cuando los pacientes han depositado la confianza en los médicos, permitirían que éste decida sobre su diagnóstico e incluso sobre aquellos estilos de vida que lo están enfermando. Por ello resultó sumamente importante que el médico tenga presente el principio de neutralidad, es decir que el médico fuera capaz de identificar la subjetividad del paciente y no tomar partido de sus emociones o sentimientos por más legítimos que estos sean o parezcan ser, pues de ser así el médico correría el riesgo de estar brindando un tratamiento erróneo o poco efectivo.

Para los médicos familiares ha sido imprescindible la “neutralidad” como una habilidad, esto quiere decir que a pesar de las cargas subjetivas que el paciente tenga sobre su propio estado de salud, ha sido preciso mantenerse en un punto medio, “centrado”, para poder brindar una alternativa certera al problema de salud del paciente. Si un médico ha ganado la confianza del paciente sería más fácil que el paciente recibiera de buena manera el diagnóstico, esto debe tomarse en consideración debido a que en muchas ocasiones el diagnóstico podría ser aquel que el paciente no quiere escuchar.

“Para mantenerme centrado, lo que hago es no tocar al paciente, para mí darle la mano a un paciente representa tener un contacto más cercano a sus sentimientos, por eso resulta sumamente importante para mí no saludar de mano, otros médicos prefieren no mirar a los ojos a los pacientes, pero otros hasta se ríen con ellos y aun así puede mantener la distancia entre la subjetividad del paciente y la suya, depende de cada médico y resulta sumamente importante tener la experiencia y madurez emocional para identificar esto” (EQMF 3, 2014: PTMF).

Los médicos familiares declararon que esta habilidad quizá fuera una de las más difíciles que tienen que desarrollar cuando no cuentan con “entrenamiento” para realizar la consulta. Por ello el trato directo varía de médico a médico, pues las estrategias que cada uno ha asumido para mantener la neutralidad y no dejarse influenciar por la subjetividad de los pacientes han sido muy variadas y dependen de la experiencia, madurez emocional, actitud del médico y de un paciente a otro, pues cada paciente sería diferente en su aspecto físico, expresión y comportamiento.

“La mayoría de los médicos centramos nuestra preparación hacia el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y sobre todo los poco experimentados tienen la idea de que ser médico es sólo diagnosticar y darle la noticia al paciente, sin embargo en la práctica vamos aprendiendo y asumiendo estrategias para no tener problemas por el trato personal con el paciente” (EQMF 2, 2014: PTMF).

De acuerdo a lo que comentaron los médicos resultó sumamente importante realizar un diagnóstico del paciente para brindar una respuesta inmediata. En este caso la respuesta para ellos podría ser la canalización o el tratamiento inmediato. Los médicos comentaron que existen muchos médicos que han visto en la “referencia” o “canalización” una estrategia y no un fin, pues cuando no se cuenta con el conocimiento suficiente para brindarle un tratamiento a los pacientes o no se tiene la disposición de atenderlos se recurre a esta práctica; “Según el sapo es la pedrada, no podemos tratar a los pacientes de diabetes igual que a los pacientes de cardiovascular o a los pacientes de sida”, el trato estaría determinado por la enfermedad que tengan (EQMF 3. 2014: PTMF)

“La verdad yo si he referido a algunos pacientes a especialidad al no sentirme lo suficientemente preparado para tratar con algún paciente, esto no quiere decir que no sepa lo que sucede con él y que no pueda brindar un diagnóstico certero, quiere decir que en ocasiones no sé cómo tratar al paciente, como darle la noticia, como dirigirme a él o en ocasiones hasta de qué manera revisarlo para que el paciente no se sienta agredido, existen muchos pacientes que están a la defensiva y que piensan que todo lo que hacemos por ellos está mal” (EQMF 2, 2014: PTMF).

Evidentemente no con todos los pacientes sucedería esto, aquellos pacientes cuyas características familiares, sexo-genéricas, sociales, económicas y patológicas han sido más conocidas por los médicos, serían mejor tratados debido a que se cuenta con la experiencia necesaria para brindar una respuesta inmediata. Los médicos consideraron que este tema no ha sido una cuestión psicológica, sino que ha sido en gran medida la falta de formación en términos “relacionales” (como fue nombrado por ellos mismos). Aunque la falta de formación “relacional” resulta sumamente importante desde esta perspectiva, no todos los testimonios recolectados entre los médicos familiares, consideraron que este aspecto era decisivo para determinar el trato directo hacia los pacientes.

“En ocasiones hay médicos que no nos queremos quitar la bata, que pensamos que sólo somos médicos y que nuestro trabajo es sólo diagnosticar y brindar tratamiento o canalizar, pero con la experiencia algunos nos damos cuenta que esto no es así y tenemos que aceptar que necesitamos estrategias y técnicas relacionales que nos permitan dar una mejor atención” (EQMF 2, 2014: PTMF).

Los médicos comentaron que en ocasiones asisten al hospital personas que brindan pláticas de comunicación asertiva o escucha activa, pero han estado muy asociadas a la práctica psicológica y no a las actividades de diagnóstico y tratamiento de otras enfermedades por lo que en ocasiones las técnicas no han tenido un impacto.

“Estos talleres que nos dan no siempre nos sirven por qué no ponen ejemplos palpables de lo que es convivir con un paciente, los dan personas que no tienen experiencia en la atención a pacientes cardiovasculares, por ejemplo, y no saben que es lo que significa brindar un diagnóstico como ese”. (EQMF 1, 2014: PTMF)

Esto quiere decir que para los médicos los talleres sobre técnicas o habilidades psicológicas no han funcionado por que el problema ha radicado en una situación relacional y esto tiene que ver con la manera consciente en que los médicos entienden su papel en el servicio médico, lo que hizo más prudente la exploración de las metáforas que los médicos familiares han utilizado para darle sentido a sus acciones, pues el trato directo no sólo ha estado influido por el dominio de técnicas y habilidades de comunicación que el médico posee, también está ampliamente influido por la metáfora que los médicos tienen sobre los pacientes.

IV.2.2. La metáfora de los médicos familiares sobre los pacientes

Los médicos familiares definieron a los pacientes desde una metáfora, pues afirman que son “individuos que están en continuo contacto con ambientes enfermantes”. Los pacientes tienen características biofísicas que los pre-disponen a contraer algunas enfermedades, además de comportarse y vivir en lugares que potencializan la predisposición enfermante. En términos generales los médicos comentaron que las características biofísicas enfermantes de los personas han sido atributos que nadie quisiera tener, siendo características “indeseables” que al presentarse como signos y síntomas se convierten en dolor y sufrimiento.

“Muchas enfermedades ya están en el genotipo, por eso si las personas tienen comportamientos de riesgo o peligrosos para sus características físicas, pues, no es de extrañarse que se enfermen. Además, vamos a ser bien honestos, las personas que atendemos aquí tienen herencias genéticas muy peligrosas para la salud y agrégale sus malas costumbres...” (EQMF 2, 2014: PTP).

Los pacientes podrían ignorar esas características biofísicas o no, pero lo que hizo que se manifiesten en un signo o síntoma ha sido el mal comportamiento y la exposición de la persona a estilos de vida indeseables. Visto desde esta lógica los pacientes han sido siempre responsables de las enfermedades por someterse o tener contacto con los agentes patógenos intrínsecos a ciertos comportamientos o algunos ambientes indeseables.

“Nadie quisiera tener que estar en el lugar de un “paciente” pero todos tenemos características étnicas, costumbres y vivimos en lugares que son proclives para el desarrollo de ciertas enfermedades, pues nos exponen a agentes patógenos o nos potencializan nuestras propias características enfermantes” (EQMF 2, 2014: PTP).

De esta manera los médicos indicaron que las personas poseen características biofísicas, sexo, etnicidad, genotipo, etc. que los han predispuesto a ciertas enfermedades y que sin saberlo se podrían someter a condiciones sociales como ocupación, estilo socioeconómico y educativo, así como a ciertos agentes enfermantos indeseables para esas características biofísicas. Es probable también que las personas tengan comportamientos (procesos cognitivos) que han sido en si mismos enfermantos.

“La psicología del paciente casi siempre corresponde a una mala interpretación de su entorno, esto lo hace tomar decisiones incorrectas que lo llevan a enfermedades que en ocasiones son graves, su comportamiento también puede ser tan malo que incluso pueden afectar a su mismo núcleo familiar” (EQMF 3, 2014: PTP).

Bajo esta metáfora toda persona sería potencial paciente quien tendría hábitos de alimentación inapropiados que podrían enfermarlos, relaciones sexuales de dudoso cuidado, mala higiene, etc. Los médicos familiares participantes en el diagnóstico consideraron que los pacientes han llegado al consultorio médico para saber qué es lo que esta “mal” o “fallando” en su estado biofísico, social y psicológico. Son atributos que todos podemos poseer pero que en el momento de que una persona asiste a consulta se reconoce como portador de ellas.

“El problema de muchos pacientes es que no quieren venir al servicio médico porque no quieren reconocer que tienen malos hábitos alimenticios, adictivos, sexuales o que están haciendo algo malo para su salud. Nosotros como médicos tenemos el deber de hacer ver a los pacientes todas las cosas que están mal y podemos ayudarles a corregirlo pero cuando las personas son renuentes a aceptar que están mal, no hay nada que podamos hacer” (EQMF 3, 2014: PTP).

Cuando esto se comentó fue inevitable preguntar a los médicos familiares, si no consideraban que la metáfora asociada al paciente estaba emparentada a una metáfora muy cercana a las características del concepto de estigma. Pues en efecto Goffman comentó que el estigma tenía un significado histórico cuya función fue hacer referencia a los signos corporales de perturbación física. Los médicos familiares reconocieron que siempre ha existido un estigma en el concepto de “paciente”, sin embargo, no podía ser de otra forma pues comentaron que un paciente no siempre conjuga una habilidad que muy pocos poseen “el paciente debe ser centrado” lo cual quiere decir que el paciente debiera ser ecuánime ante los signos y síntomas presentes en su físico, lo cual no ocurre en la realidad:

“Los pacientes suelen hacer grande cualquier signo o síntoma, para ellos resulta muy grave todo lo que se les presenta en el cuerpo, sin embargo nuestra labor es centrarlos y hacerles ver con mayor neutralidad su situación de salud, claro que existen pacientes que no tiene la capacidad de ver la enfermedad de una manera más centrada por la gravedad de su padecimiento, por ejemplo los pacientes que viven con sida” (EQMF 1, 2014. PTP).

Para los pacientes todo estado clínico es de emergencia, sin embargo los médicos aceptaron que en medicina familiar se tendría que saber evaluar si se trata de un caso grave de salud o no, además de saber identificar si el paciente cuenta con habilidades para aceptar su diagnóstico. De esta manera los pacientes “son catalogados de acuerdo a las necesidades de atención que requieren”; consideraron que la institución requiere que se canalice a un paciente, sólo si es necesario ya que si no fuera así, la atención demanda la utilización de recursos, por lo que en ocasiones ha sido necesario brindar una respuesta que en muchos casos “reconocen” podría ser paliativos para sus signos y síntomas.

Los médicos reconocieron que “hay que hacer notar que la enfermedad es responsabilidad de los pacientes al exponerse de forma sistemática a ambientes enfermantes”, por lo que la obligación del paciente siempre ha sido “esperar” y aceptar los tratamientos disponibles hasta ese momento. Esto pareciera depositar totalmente la responsabilidad de la enfermedad en los pacientes, es decir, para los médicos participantes, los pacientes han sido quienes tienen la “culpa de su estado de salud” por exponerse de forma recurrente a ciertas actividades y prácticas que los ponen en “riesgo” de contraer enfermedades muy diversas (EQMF 1, 2014. PTP).

Bajo esta lógica el papel del médico familiar ha sido fungir como primera parada de atención, pues solo serían referidos aquellos que lo requieran según su enfermedad. “Solo si es necesario se refieren a los pacientes a los servicios de segundo nivel”, en caso de que sea necesario ellos fungirían como categorizadores de primera instancia para brindar la atención, además de brindar atención ambulatoria a quienes ya reciben tratamientos para enfermedades crónicas degenerativas (EQMF2, 2014. PTP).

Los médicos familiares participantes en el diagnóstico consideraron que los pacientes en su mayoría ya llegan al consultorio médico para ser referidos de acuerdo a las necesidades de atención, muchos de ellos ya están diagnosticados desde urgencias u otros servicios de salud y solo necesitan la orden clínica para ser atendidos, sin embargo, opinan que en muchos casos no ha sido necesario referir a los pacientes a un especialista, es decir, su estado de salud no amerita que se envíen a las especialidades por lo que se brindaría un tratamiento paliativo para los signos y síntomas que se presentan (EQMF 1, 2014. PTP).

En este caso los médicos familiares reconocieron que en ocasiones han hecho las veces de categorizadores de primera instancia de atención, lo cual en el servicio de salud ha sido necesario debido a que en los diferentes niveles de atención se manejan diversos tipos de recursos materiales y humanos que se traducen en costos institucionales y un gran volumen de atención, por lo que siempre se ha necesitado una excelente identificación de aquellos pacientes que de verdad ameritaran ser referidos o no.

Los médicos familiares también brindarían monitoreo ambulatorio a quienes ya están diagnosticados con alguna enfermedad crónica. Esto quiere decir que una vez que el paciente ya conoció su diagnóstico

(con diabetes por ejemplo) el paciente regresa a su consultorio de medicina familiar con el propósito de ser evaluado continuamente. Si el paciente requiere ser referido a especialidad se le brindara la “orden de pase”, si no es así, se le brindara un tratamiento correspondiente.

Desde esta óptica el estigma del paciente consistiría en que ellos cuentan con características biofísicas y sociales desacreditables que pre-disponen a contraer algunas enfermedades y compartir estilos de vida que potencializan un estado enfermizo. En tanto que sus características biofísicas y comportamientos estarían predisuestas a ciertas enfermedades, entonces serían necesario referirlos a una atención especializada, sin embargo, esto sólo pasaría en el momento en que lo requiera de acuerdo a su estado de salud y no antes, por lo tanto, y al ser su responsabilidad es comprensible y justificable su espera por una atención médica.

Algunos médicos familiares presentes señalaron que a pesar de que su “libre albedrio” pudiera estar en contra de visualizar de esta manera a los pacientes, el servicio de salud los limita desde los aspectos normativos, tiempo de consulta, metas administrativas y por la infraestructura pues no siempre se cuenta con los recursos suficientes para darle atención al cúmulo de pacientes. Los médicos familiares afirmaron estar sujetos a elecciones de pacientes que debieran recibir tratamiento en consultorio de medicina familiar, o que en lo sucesivo debieran ser referidos a especialidades. Así es como los médicos familiares debieran evaluar según sea el caso aquellos pacientes que ameriten un diagnóstico, atención especializada o tratamiento.

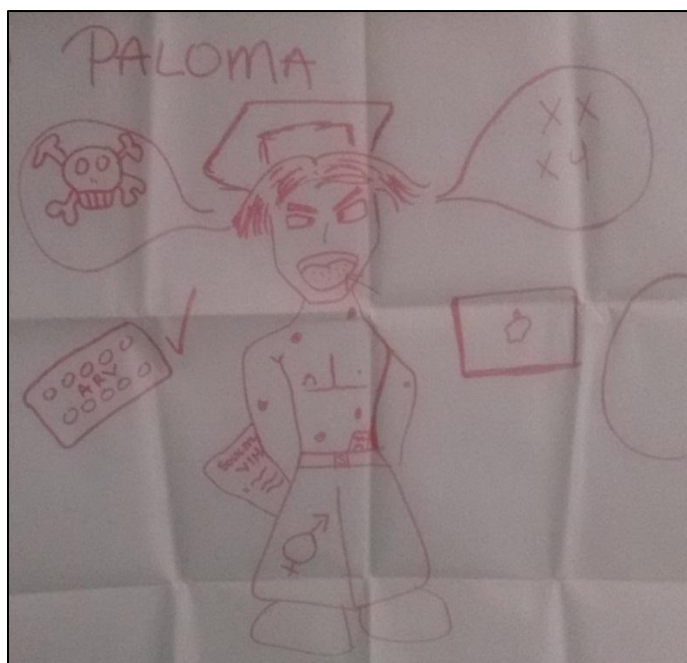
IV.2.3. Las metáforas de los médicos familiares sobre las personas viviendo con VIH.

La manera en que los médicos familiares han decidido relacionarse de forma directa y canalizar a una persona a otro servicio de salud, puede variar de paciente a paciente y de la enfermedad que se trate. El trato directo dependió del estado clínico de la persona, así como de la habilidad y elección individual del médico. Los participantes comentaron que el estado clínico entre pacientes suele ser totalmente diferente uno del otro aunque se trate de la misma enfermedad en común:

“...los pacientes que se presentan con un diagnóstico de VIH reactivo, suelen venir a medicina familiar con un diagnóstico y no con sintomatología clara o viceversa, por ello es tan difícil identificar la gravedad y la urgencia con que necesitan la atención; resulta más pertinente que estos pacientes sean referidos a segundo nivel donde les corresponde” (EQMF 2, 2014.PTPVVIH).

Al solicitar a los médicos familiares que realizaran el ejercicio del personaje típico, plasmando en el dibujo a una persona que no se encontraba infectada por VIH y a otra que si se encontraba infectada por VIH, fue sumamente revelador el resultado. Pues fue sumamente interesante percatarse que han subsistido las ideas de que la epidemia esta asociada a las prácticas homosexuales. Cuando se les pidió dibujar a una persona viviendo con VIH, los participantes dibujaron hombres con orientación bisexual u homosexual y una expresión genérica femenina.

Imagen 18: Personaje típico sobre PVVs realizada por Médicos Familiares.



Explicación del Ejercicio: “Es bisexual, pero le gusta que le digan “Paloma”, tiene una doble vida, es un profesionalista, por eso el birrete y la computadora MAC (pirata), por que su trabajo esta relacionado con alguna disciplina del diseño, artes o estética, muy posiblemente exista un problema fenotípico (XX-XY), tiene serios problemas de percepción por eso tiene los ojos bizcos, escode su diagnóstico reactivo a VIH/sida, pero toma antirretrovirales y presenta serios problemas de salud pues tiene muguet en la lengua y Sarkoma de Kaposi, sabe que probablemente va a morir pronto, por lo que carga un condón en su cinturón para disfrutar del libertinaje, ¿Por qué dibujaron con el color rojo? Porque su situación es muy grave” (EQMF 1. 2014: PTP).

EL 100% de los médicos familiares que brindaron su testimonio pensaron que aquellos médicos que atienden personas viviendo con VIH debían tener formación especializada y saber relacionarse con personas homosexuales. Además de la formación especializada asociada al VIH/sida los médicos han pensando que esta enfermedad se encuentra asociada a la muerte de personas homosexuales, quienes, según comentaron, han sido responsables de la epidemia. Para algunos médicos, el diagnóstico reactivo a VIH ya es una enfermedad al tener una alteración del funcionamiento “normal” del organismo humano. La infección, como un estado clínico ha involucrado una atención especializada por el peligro de muerte, cuyo huésped infeccioso debiera ser aislado para la prevención de nuevos casos.

Para los médicos familiares los pacientes diagnosticados han sido enviados a la Clínica de VIH del HGZ.BD.IMSS para su atención independientemente el estado clínico o sintomatología que se presente. Estas preocupaciones fueron comprendidas en un marco en el que los médicos visualizaron a las personas viviendo con VIH como pacientes de la diversidad sexual, específicamente homosexuales que

necesitarían ser aislados por su comportamiento “promiscuo” y al tener VIH por su capacidad infecciosas.

Durante el ejercicio se dibujaron hombres bisexuales con nombres de mujeres, comentando que las PVVs se caracterizan por ser hombres femeninos. Los médicos comentaron que cuando veían algún paciente muy “amanerado” inmediatamente le han enviado a hacer la prueba de VIH/sida, comentando que esto se debiera hacer de forma inmediata y sin preguntarle al paciente debido a la gravedad de su diagnóstico.

Los médicos comentaron que cuando un paciente incentiva el diálogo sobre VIH y al practicarse la prueba obtienen un diagnóstico reactivo, éstos no se extrañan del resultado, debido a que “se buscan la infección”; pues la mayoría de los pacientes que solicitan y se practican la prueba comúnmente ya saben que “lo tienen” debido a su “promiscuidad”. Aseguraron que aquellas personas que a pesar de su “promiscuidad” no se han realizado la prueba, es debido al temor al diagnóstico, pero tarde o temprano tendrán algún signo o síntoma que los obligue a asistir al médico.

Las anteriores opiniones de los médicos podrían representar un obstáculo para la detección oportuna sobre todo para aquellas personas que no son hombres homosexuales o bisexuales con expresión genérica femenina, siendo probable que las personas que no concuerdan con estos atributos metafóricos, no fueran atendidas o referenciadas para recibir la información necesaria sobre VIH/sida. Además resultaría importante considerar que esta metáfora pudiera estar detrás de la percepción de que no sería necesaria la implementación de estrategias de prevención focalizadas a la población general, sobre todo en términos de estrategias combinadas.

Con base en la anterior metáfora, la mayoría de los médicos comentaron que no estarían preparados para responder a las necesidades de salud de esta población e insistieron en que hay personas en el hospital que pueden brindar esa atención de una manera especializada, además de que confían que en segundo nivel de atención estarían preparados para ello, por lo que la principal medida que han asumido los médicos familiares cuando se ha presentado una persona homosexual con diagnóstico de VIH/sida es referirlos a la atención ambulatoria de la Clínica de VIH.

Los diálogos impulsados durante la recolección de información sobre VIH en el taller, hicieron evidente que el principal aspecto a considerar para que los médicos familiares asumieran atención más activa hacia el tema de VIH, en específico, detección oportuna y adherencia al tratamiento; sería el desarrollo de herramientas relacionales que les permitieran hacer frente al tema de la sexualidad de sus pacientes y especialmente al tema de la diversidad sexual. Los diálogos impulsados durante la recolección de información sobre VIH en el taller, hicieron evidente que la principal preocupación entre los médicos fueron las habilidades relacionales, para iniciar conversaciones sobre temas relacionados a la sexualidad, pues los médicos confirmaron que continúa siendo un tema incomodo para ellos.

IV.2.4. Las acciones de los médicos familiares

Cuando se realizó el sondeo individual a los 12 médicos familiares que asistieron de forma regular al taller, 8 médicos familiares expresaron su negación a la atención a las personas viviendo con VIH, esto no quiere decir que los médicos no tuvieran conocimientos sobre la epidemia de VIH/sida, quiere decir que los médicos expresaron su nula disposición de hablar sobre el tema de VIH con sus pacientes y manifestaron una negación a mantener trato con personas diagnosticadas con infección por VIH/sida.

Este alto número de acciones de rechazo no estuvo asociado con la edad, sexo o experiencia profesional de los médicos. La mitad de los médicos familiares quienes expresaron su negación para brindar atención, tenían entre 30 y 50 años de edad y contaban con amplia experiencia. Sin embargo, se corroboró que la edad no es un factor que propicie el rechazo debido a que en el taller se encontraban presentes algunos médicos pasantes, residentes y médicos de servicio social (siendo más jóvenes entre 22 y 35 años), a quienes se les realizó el sondeo y en su mayoría se negaron a atender personas viviendo con VIH.

La mayor parte de los participantes que rechazaron estar dispuestos a brindar la atención a las PVVs fueron mujeres, lo que no es significativo debido a que el número mayoritario de participantes al taller y en general entre los médicos familiares de la UMF 29 son mujeres, por esta razón podemos descartar por el momento que el rechazo tuviera algo que ver con algún aspecto sexo/genérico.

Al realizarse el taller con médicos de diferentes experiencias profesionales se pudo ver que el rechazo hacia las personas viviendo con VIH, no estuvo asociada a la experiencia laboral, pero sí a la situación de empleo de los médicos, pues la mitad de los médicos familiares que expresaron su negación cuentan con amplia experiencia en la institución de salud, en tanto que los médicos pasantes, residentes y médicos de servicio social que también expresaron su negación a la atención hacia las PVVs, afirmaron que podrían hacerlo bajo condiciones de empleo estable y adquiriendo la experiencia necesaria. Esto parece estar asociado a que los médicos en formación no estarían dispuestos a atender a las personas viviendo con VIH/sida de no ser necesario, sin embargo al encontrarse aún en la disyuntiva de escoger su área de especialización y conformando su universo poblacional de atención, es posible que no decidieran atender personas viviendo con VIH bajo condiciones de empleo formal.

Lo anterior adquiere sentido al percatarnos que de forma individual para los médicos familiares que expresaron un rechazo a la atención de PVVs el principal obstáculo fue su preparación y experiencia, siendo sus creencias morales y religiosas sobre la sexualidad la segunda razón de sus opiniones:

“Considero que el obstáculo que se me presenta es mi relación con Dios quien me enseña que solo existe un hombre (íntegro) y una mujer (íntegra) en todas sus formas (...) aunque respeto a las personas, jamás reconoceré su decisión para sí mismos,

además las ETS es un tema muy poco hablado en el consultorio debido a que muchos de nosotros (médicos familiares) no estamos preparados para hablarlo o no tenemos la disposición" (MFS 8, 2014: S.I).

A pesar de que 6 médicos comentaron que su principal obstáculo es la preparación, entre todos ellos subsiste la idea de que la epidemia está restringida a prácticas homosexuales. Al realizar el sondeo individual no todos compartieron que las personas homosexuales fueran la población con mayor "riesgo", sin embargo todos concordaron que las relaciones homosexuales han sido la principal práctica de riesgo y ratificaron que las PVVs, hombres y mujeres, "se buscaron la infección" y que quienes se practicaron la prueba ya saben que lo tienen debido a su "libertinaje" y "promiscuidad".

Por esta situación la mayoría de los médicos consideraron no estar preparados para brindar la atención a estos pacientes debido a que sería necesario perfeccionar habilidades de interacción como confiabilidad, neutralidad, comprensión y empatía. La mayoría comentó no contar con los conocimientos especializados sobre el tema y no sabrían cómo abordar la sexualidad del paciente, mucho menos si se tratara de una persona de la diversidad sexual.

Sin embargo existió un testimonio que arrojó una explicación alternativa, relacionada con la intención de las anteriores metáforas. El MF7 comentó que no estaba de acuerdo con las conclusiones a las que se habían llegado en el ejercicio del personaje típico, debido a que los comentarios y las conclusiones (las metáforas) se expresaron con la intención de argumentar que no sería pertinente que los médicos familiares debieran brindar atención a las personas viviendo con VIH/sida. Según el MF7 los comentarios hechos en grupo:

"...son un argumento para persuadir de que los médicos familiares no pueden atender [a los pacientes con sida] porque muchos de ellos no quieren hacerlo. La razón por la que algunos ponen de "pretexto" la moral y otros la preparación, es porque la mayoría sabe que decir que por principios morales no quieren atender a los [pacientes con sida] puede ser considerado como discriminación. Por eso siguen esas ideas (metáforas) en el hospital (entorno), obvio que hay quien si las creen y otros como yo que no las creemos, pero la razón real de que existan, es que no quieren atender a los pacientes y prefieren referirlos y que otros se hagan cargo" (MFS 7, 2014. SI).

Muchos médicos han optado por referir a los pacientes que presentan algún signo o síntoma o diagnóstico de infección por VIH u otras infecciones de transmisión sexual. De acuerdo con el testimonio del MF7 cabe la posibilidad de que los médicos al no querer atender a las personas viviendo con VIH/sida y al saber que existe normativa institucional y nacional que podría hacer que se brindara seguimiento y monitoreo a VIH/sida en medicina familiar, buscaron alternativas para argumentar que los pacientes sean referidos a la Clínica de VIH, siendo estas metáforas una herramienta pertinente en el entorno hospitalario. Este testimonio individual nos proporcionó información que avaló la tesis de que

las metáforas fungen en el entorno como un reforzador de las acciones sociales en relación a la atención de las PVVs.

IV.3. LAS METÁFORAS DE LAS PERSONAS VIVIENDO CON VIH

La Coordinación de Investigación y Enseñanza solicitó que en el caso de los pacientes solo se realizaran entrevistas semi-estructurales individuales que se programaran del día 28 de octubre del 2014 en adelante. Por indicaciones de la Coordinación se realizaron las entrevistas los días martes de cada semana, siendo las fechas programadas del 28 de octubre al 9 de diciembre del 2014. Se realizaron un promedio de 4 entrevistas por día de actividad y se cubrieron un total de 23 testimonios grabados y 1 sin grabación

Este inconveniente metodológico se resolvió al solicitar a la Clínica de VIH corroborar la información recolectada de las herramientas en una actividad grupal que se realizaron como parte de sus actividades programáticas la cual se llama “Junta de Adherencia” donde se presentaron los resultados preliminares de las entrevistas tratando de identificar la distinción entre los personajes típicos grupales e individuales. Esto quiere decir que si bien la información con los médicos familiares se recolectó primero de forma grupal y posteriormente se realizó el sondeo individual, en el caso de los pacientes fue al revés, primero se realizó el sondeo individual y posteriormente se confirmaron las opiniones de forma grupal. Sin embargo, con fines de facilitar la comprensión de los resultados respecto a los pacientes, se ha expuesto a continuación el análisis de la información en el mismo orden en que se presentó anteriormente en el apartado 2, en el cual se presentaron las metáforas de los médicos familiares.

IV.3.1. Las metáforas de los PVVIH sobre los médicos familiares

La mayor parte de los pacientes, 21 informantes, comentaron que su papel debiera ser central para el servicio de salud pues sin ellos no habría la necesidad del servicio. Los pacientes comentaron que su estado de salud fue una cuestión azarosa, con esto quisieron explicar que conocían personas que tenían “hábitos similares e incluso más extremos que las de ellos” y que no se encuentran infectados, incluso hay participantes que afirmaron que han compartido con familiares el mismo tipo de predisposición genética a ciertas enfermedades y costumbres similares y “aun así, yo me enfermo y ellos no o al revés”. En su mayoría, 22 personas consideraron que su estado de salud no es su culpa, sino que fue parte de lo que la “vida” les tenía predestinado, “cuando te toca, aunque te quites; cuando no te toca, aunque te pongas”. En este sentido, consideraron que no podrían estar viviendo con la noción del “riesgo” ante todos sus actos y obras.

Cuando los pacientes realizaron el ejercicio de “Personaje típico” de un médico familiares el resultado expresó que en su mayoría los médicos han sido personas muy preparadas, pero al igual que cualquiera

se podrían equivocar, no lo saben todo y sus decisiones están subordinadas a la institución en la que trabajan, por ello es prudente buscar variadas opiniones sobre su estado de salud. Argumentaron que los médicos saben mucho sobre el cuerpo y sobre enfermedades, pero “no saben realmente lo que la personas (paciente) ha experimentado en el transcurso de su vida”, los médicos son seres humanos que se dedican a diagnosticar y atender enfermedades, 20 participantes comentaron que “en ocasiones ni los mismos médicos saben, a veces, lo que le pasa a uno, por lo que se les puede engañar al igual que a todas las personas que prestan un servicio” (PVVs 10, 2014: PTMF).

Como cualquier persona tendría la necesidad de trabajar y la consulta ha sido su forma de mantenerse en la vida, en este sentido, nunca se podría “brindar confianza ciega” a un médico. Esto sugirió que los participantes comprenden a los médicos familiares y a la medicina a partir de la metáfora de una profesión como medio de manutención. Desde su perspectiva la metáfora del personaje típico dentro de la institución es “un trabajador con conocimientos especializado que tiene un horario y actividades que cumplir y que si realiza bien su trabajo tiene la oportunidad de ayudar a las personas”, es decir, se trata de un profesional⁴⁵ que debiera brindar una respuesta, que en muchas ocasiones puede ser acertada, en otras ocasiones puede ser influenciado por lo que tiene a su alcance.

“Los médicos familiares hacen su opinión de la enfermedad que uno podría tener, pero como cualquier persona se pueden equivocar, pues, lo que ellos saben puede ser suficiente o no para recetarte, por eso te mandan hacer estudios, y con todo y eso, si no te mandan a hacer el estudio apropiado, de todos modos se pueden equivocar, además ellos siempre van a defender su trabajo ante uno, porque de ahí comen, por lo tanto, el secreto es que uno como paciente no deje de buscar la solución de su problema de salud” (PVVs 10, 2014: PTMF).

Los pacientes comentaron que si el error del médico repercutiera en un sufrimiento mayor que el de la enfermedad es indignante para el paciente, sin embargo, “los médicos también son personas, la diferencia es que cuentan con conocimientos privilegiados que pueden ayudar”, pero consideraron que no podrían ponerse totalmente en sus manos, pues también podrían fallar en su tratamiento. Desde la óptica de las personas entrevistadas, las cualidades más importantes de un médico familiar, ha sido su experiencia y su conocimiento. Para los pacientes la única manera en que un médico podría convertirse en una persona de confianza es si le “atina” a la enfermedad y al tratamiento brindándole una comprensión a las circunstancias en las que ha vivido el “paciente” (PVVs 21, 2014: PTMF).

Para ellos la confianza se gana con resultados y comprensión. Desde su perspectiva los médicos familiares han sido las personas a las que les toca dar seguimiento a las enfermedades crónicas,

⁴⁵ Debido a que en el marco institucional en que se analiza la interacción, un médico familiar es un servidor público, esta afirmación se considera una metáfora, aunque en un contexto más amplio de la vida cotidiana o en un campo social, educativo, económico o político; este término seguramente podría ser visto como una acepción.

además de tener en todo momento la encomienda de evaluar quien necesita la atención de forma más especializada. En ese sentido, si un paciente puede ganarse la confianza de un médico familiar sería aún mejor, pues tendría carta abierta para poder ser “transferido” o canalizado a otros servicios del hospital. Sin embargo, los pacientes comentan que ha sido muy difícil ganarse la confianza del médico familiar, pues se necesitaría que fuera una persona que se encontrara en el puesto y en el mismo consultorio durante mucho tiempo, lo que según los pacientes ya no ocurre casi nunca.

Los pacientes comentaron que la mayor parte de los médicos familiares se encuentran en continua “rotación”, por lo que resultaría imposible ganarse la confianza plena de un médico, esto ha hecho que los pacientes tengan que recurrir a otras estrategias para ser canalizados o referenciados con especialistas al interior del IMSS. En este punto las opiniones de los pacientes se encuentran divididas entre dos estrategias. Por un lado algunos pacientes comentaron que al asistir con los médicos familiares han hecho notar al médico que su estado de salud ha sido sumamente comprometido, y como parte de este aspecto, en algunos casos, los pacientes han decidido solicitar de forma directa la canalización al médico familiar e incluso “gritarle en caso de ser necesario” (PVVs 15, 2014: PTMF).

Otros pacientes comentaron que han optado por dejar de asistir con el médico familiar una vez que han sido transferidos con el especialista, una vez que se encuentran transferidos con el médico especialista, tratan de buscarse la confianza de éste, pues afirmaron que los médicos especialistas rotan mucho menos que los médicos familiares por lo que podrían conocer al conjunto de médicos en menos tiempo que en el caso de los médicos familiares.

Los pacientes aseguraron que en este sentido el médico familiar ya no realiza las funciones de médico, sino que únicamente han tenido la encomienda de seleccionar a los pacientes más graves para su atención y de brindar recetas médicas en caso de que esto sea necesario. Comúnmente los médicos familiares suelen tener una jornada de trabajo muy cargada por lo que algunos no han realizado auscultación y se han limitado a brindar algún medicamento “básico”, muchos de ellos ni siquiera les han mandado a hacer pruebas clínicas, por el contrario, algunos sólo se han limitado a dar consejos, por lo que los pacientes consideraron que quedarse con la opinión de un médico familiar en caso de que la persona realmente se sienta mal, podría ser un error muy grave:

“Muchos médicos familiares ni siquiera te revisan, solo se limitan a mandarte los medicamentos de siempre, naproxeno, paracetamol y ciprofloxacino, pero de esos medicamentos no salen. Sólo llenan una hoja para el expediente médico y en muchas ocasiones ni siquiera te voltean a ver, si corres con la buena suerte de que alguno te revise en súper rápido, pero terminan mandándote con otro médico, por ello ya no nos gusta tanto venir al Instituto Mexicano del Paracetamol...(risas)” (PVVs 14, 2014: PTMF).

Los médicos familiares, en la opinión de la mayoría de los informantes, han sido quienes seleccionan a los pacientes que realmente necesitan el apoyo médico, y dentro del IMSS han sido quienes pueden brindar incapacidades, pues en muchas ocasiones no tienen ni el tiempo para poder realizar una revisión apropiada del paciente. Sin embargo, la mayor parte de los médicos de especialidades recomiendan ir con ellos porque tendrían que dar seguimiento al tratamiento médico. También hubieron personas que comentaron que su médico familiar fue una persona muy humana que tiene muy buena disposición, pero estas personas, prefirieron evitar al médico familiar e ir directamente a urgencias o si es posible a algún médico especialista con la esperanza de que su estado de salud sea atendido con mayor prontitud.

“Los médicos familiares son buenos cuando se trata de una enfermedad pequeña, como una gripa o un dolor de estómago, pero hay que tener cuidado y siempre buscar una segunda opinión porque si no se te quita el malestar hay que tratar de buscar la opinión de un médico especialista, o ir con un médico privado o un médico similar, pues puede ser que sea otra cosa más grave y cuando es así el médico familiar regularmente no te ayuda” (PVVs 21, 2014: PTMF).

Tres pacientes opinaron que los médicos familiares sólo han sido una barrera para que no puedan recibir la atención médica apropiada. Pues consideraron que los médicos familiares han tenido la encomienda de no referir a los pacientes a menos que esto sea indispensable. Por lo tanto estos pacientes consideraron que los médicos familiares realmente no les han ayudado en nada y por el contrario han obstaculizado la atención necesaria para combatir su enfermedad, así que muchos de ellos han optado por asistir directamente al servicio de urgencias.

“Los médicos familiares no sirven para nada, lo único que saben hacer es ponerle trabas a uno, además sus diagnósticos y tratamientos casi nunca son atinados y siempre hay que terminar buscando a otro doctor. La verdad lo único para lo que sirven es para dar incapacidades y cuando ya es algo crónico el medicamento, ellos son quienes le dan a uno las incapacidades, pero hasta eso en ocasiones le niegan a uno” (PVVs 17, 2014: PTMF).

En general los pacientes consideraron que los médicos familiares no tienen buen trato personal, pues ha sido poco dedicado en su trabajo y una barrera para la atención médica. Bajo esta concepción la metáfora de los pacientes respecto de los médicos familiares, señala que los MF son parte del “personal cuya función sería de primer filtro de atención dentro del servicio de salud”, para los pacientes ha resultado incómodo que éstos tengan esta función dentro del IMSS y reconocieron que no han sido una alternativa viable para realizar un diagnóstico, ni un tratamiento apropiado pues en muchos casos tienen tal cantidad de trabajo que solo les han dedicado a los pacientes entre 10 y 15 minutos de atención, por lo que no los han revisado, no tienen buen trato y en ocasiones solo se encargan de llenar una bitácora: “Los médicos familiares están más preocupados por dejar evidencia de su trabajo que en el paciente” (PVVs 17, 2014: PTMF).

En este sentido, los médicos familiares no han sido confiables para los pacientes y únicamente han representado un primer filtro para tener acceso a los servicios médicos de especialidad, por ello muchos pacientes han decidido sortear la atención de los médicos familiares e irse directamente al servicio de urgencias, cuando se han encontrado realmente mal de salud.

IV.3.2. La metáfora de las PVVs sobre los pacientes

Los pacientes consideraron que todas las personas serían susceptibles de enfermarse, por lo que un paciente puede ser cualquier persona, hasta los mismos médicos. Según los informantes sí ha existido algo que distingue a los pacientes, esto ha sido que no se encuentran en buen estado de salud, por lo que en ocasiones no han estado dispuestos para escuchar malas palabras, ver malos gestos, recibir malos tratos o tener un dolor adicional más allá que el de la misma enfermedad. Los pacientes consideraron que ninguna persona quisiera estar enferma pero que “todos, en su momento, lo estarían de forma irremediable” (PVVs 10, 2014: PTMF).

La reacción que cada una de las personas ha tenido frente a la enfermedad ha sido lo que los diferentes participantes comentaron que hay personas quienes la enfermedad los hace sentir muy nerviosos, otros se han sentido angustiados, otras personas lo han asumido con una gran fortaleza y otros han tenido que ser agresivos. La manera en que se ha asumido la enfermedad es lo que diferencia a los pacientes, esto ha hecho que en su gran mayoría las personas puedan tener reacciones muy diversas en torno a su enfermedad.

Los informantes comentaron que la manera en que los pacientes asumieron su enfermedad depende de la enfermedad misma y del servicio de salud. Comentan que no sería lo mismo enfermarse de una gripe o de un dolor de cabeza o de una enfermedad crónico-degenerativa, por el contrario cada una de las enfermedades han sido diferentes y deberían ser igual de difíciles entre sí, pero cada una puede “sacar” lo “peor” o lo “mejor” de cada persona según fuera el caso.

“Como cualquiera de nosotros, al principio nos preocupamos por el diagnóstico pero creo que llega un momento en que todos tenemos que asumir nuestro estado de salud y aprender a vivir con él. Cuando sabemos y nos dan la información de lo que es la enfermedad y de lo que hay que hacer, todo se vuelve más fácil, lo que realmente nos puede poner mal es no saber nada, no tener conocimiento de nada y no saber qué va a pasar con tu vida. Supongo que esto debe ocurrir con cualquier enfermedad, llámese diabetes, cáncer o VIH” (PVVS 11, 2014: PTP).

Los pacientes comentaron que ante una nueva enfermedad, la preocupación sería más alta pero en la medida en que se ha ido conociendo la infección y la información, esa angustia va disminuyendo. Aunque otros pacientes consideraron que no siempre ha sido así, algunos testimonios indicaron que hay pacientes que no pueden aceptar la enfermedad, porque han tenido una mala experiencia, que regularmente estuvo asociada a la historia familiar, esto con regularidad implicó que la angustia fuera

aún mayor para las personas y se vieran en la necesidad de buscar ayuda de forma desesperada hasta encontrarla. En este sentido para los participantes en la investigación un paciente sería un “buscador de alternativas para mejorar su estado de salud”.

Un paciente siempre estaría buscando una recomendación, una alternativa de tratamiento, una esperanza de que la enfermedad pudiera curarse o desaparecer. Para los informantes los pacientes debieran siempre estar al pendiente de nuevos conocimientos, de las nuevas alternativas que han surgido respecto a su enfermedad, hasta encontrar aquella que mejor le resulte o le “acomode”.

“Siempre estamos abriendo caminos, experimentando cosas nuevas, buscando una mejor alternativa para mejorar mi estado de salud, más si vemos que el médico vacila o no sabe atinarle bien a lo que tengo. Los pacientes podemos sentirnos bien y tranquilos hasta que sentimos la confianza de que lo que estamos haciendo es lo correcto. La confianza de que estamos tratándonos con el médico apropiado y la confianza de que las cosas van a mejorar” (PVVS 15, 2014: PTP).

En este sentido si el servicio de salud y el médico no le “atinan” al tratamiento pues la angustia se prologaría hasta encontrar alguien de confianza para el paciente. La mayoría comentó que el paciente se convertiría en “impaciente” y en ese estado pudiera caracterizarse con el “típico necio”, pero no es porque las personas sean de esa manera, sino que argumentan que la “ineptitud del servicio de salud, como es el caso de algunos médicos familiares del IMSS, amerita esas actitudes algunas veces”.

Los informantes comentaron que podrían asumir actitudes de tres tipos frente a un servicio de salud inapropiado y que no genera confianza. En primer lugar se encuentra el paciente que no aceptaría cambiar sus hábitos de vida, argumentan que muchas personas quisieran continuar con su estilo de vida porque subsiste “la creencia o el sentimentalismo de que lo que uno hace está bien” y nadie puede decirles lo contrario, ni siquiera un médico. Esta actitud esta reforzada porque en ocasiones el médico no tiene credibilidad frente al paciente y su diagnóstico:

“...cada uno de nosotros buscamos diferentes alternativas, sobre todo cuando el médico familiar sólo se dedica a criticar nuestro estilo de vida, sobre todo porque hay médicos que aún no tienen un diagnóstico con estudios (clínicos), en ocasiones ni siquiera nos ha [revisado] y ya nos está regañando por nuestras costumbres, algunos médicos nos critican por nuestro peso (kg.) y ellos están bien gordos, pero eso si, comienzan a criticarnos cuando les platicamos lo que nos gusta comer o nuestros hábitos” (PVVS 06, 2014: PTP).

Cuando esto sucediera los pacientes suelen sentirse juzgados frente a los médicos y algunos pueden iniciar una serie de acciones de hostilidad, otros simplemente se retiran y no volverían al servicio de salud, buscando una alternativa de atención, por ejemplo un servicio privado; incluso hay pacientes que no creerían en el diagnóstico del médico y no se vincularían a ningún otro servicio de salud. Los informantes aclararon que esto no quiere decir que no existan pacientes que siempre han sido de

“carácter” difícil, porque reconocieron que “hay de todo tipo de personas”, pero regularmente los pacientes no actúan “de gratis”. Algunos de los informantes se expresaron en contra de la palabra “necio” alegando que:

“No es que sea necio, es que me niego a aceptar que estoy mal (...) por que los médicos también se equivocan (...) pero cuando eso pasa no quieren aceptar que están mal (...) porque se supone que ellos estudiaron, pero eso no les da derecho a decirme cómo vivir mi vida (...) y no por eso estoy mal (...) ellos en lugar de portarse como un profesional a veces se quieren portar como una autoridad y eso es lo que no pueden hacer (...) porque después (...) si algo sale mal no se hacen responsables de lo que pasa”(PVVS 03, 2014: PTP).

En segundo lugar, los pacientes comentaron que han existido otras personas que no se hacen a la idea de que tienen la enfermedad y quisieran salir de este estado de salud, “pase lo que pase”. Aquellos pacientes que se caracterizaron como “necios” ha sido debido a que no han querido “hacerse a la idea” de que tienen la enfermedad y continúan con su vida como si nada. Desde la óptica de los informantes y sobre todo en la reflexión de grupo la mayoría de ellos coincidieron que, estas personas debieran recibir un “susto” relacionado con la enfermedad para que les caiga el “veinte” de que ya están enfermos. De cualquier forma, 22 testimonios, coinciden que cuando una persona ha aceptado que tiene la enfermedad buscara alternativas para mejorar su estado de salud.

Por último, los informantes comentaron que existen otros pacientes que siguen al pie de la letra todas las indicaciones de los médicos sin importar el trato directo en el servicio de salud. Estas personas por lo general han seguido todas las recomendaciones de su médico, el inconveniente de esto, según los informantes, ha sido que cuando el tratamiento no funciona, algunos pueden deprimirse y otros pueden volverse agresivos con su médico.

Estos comentarios fueron proporcionados durante las entrevistas y todos ellos confirmados en la reflexión grupal. Los caminos de los pacientes hacia la salud pudieran variar tanto como las decisiones de cada uno de ellos, sin embargo esto no siempre se le compartió a los médicos u otros servidores de salud, sobre todo cuando no existiera la comprensión y la confianza entre médico/paciente.

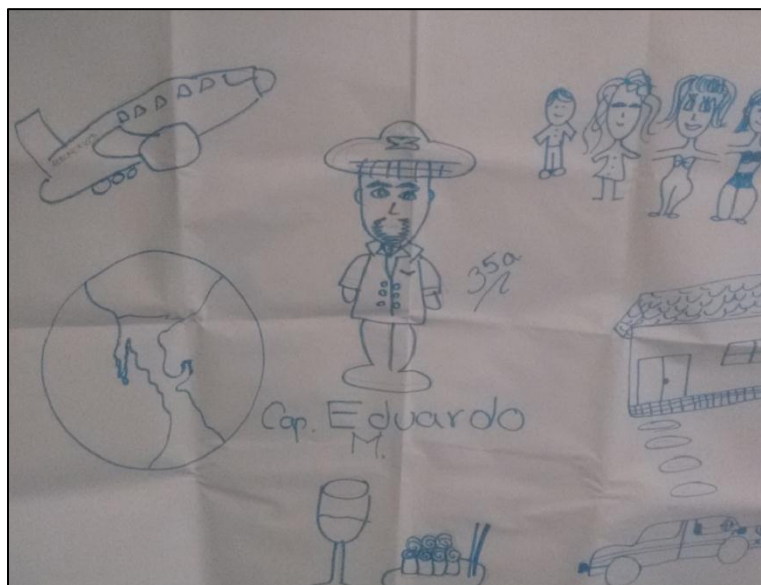
De esta manera todos los informantes, durante la reflexión grupal, coincidieron que los pacientes deberían buscar sus propias estrategias para mejorar su estado de salud, esto sería lo que definiría a un paciente en el entendido de que “si no encuentra, ni la comprensión, ni la confianza que se necesita” para combatir una enfermedad, el paciente tendría que buscar otras alternativas. En este sentido los informantes afirmaron que si los pacientes tuvieran los medios para acceder a otros servicio médico, lo harían, sin embargo no todos han tenido esa posibilidad, por lo que la situación, en ocasiones, podría tornarse tensa entre el médico y el paciente, además, coincidieron que los familiares del paciente

tendrían un papel fundamental, pues ellos regularmente proporcionan algunas alternativas y la confianza que se necesitaría para conseguir superar la enfermedad.

IV.3.3. Las metáforas de las PVVs sobre su propio personaje típico

La manera en que los pacientes describieron a las personas viviendo con VIH estuvo relacionada con el estado de salud en que se encuentran. Aunque han comprendido que los signos y síntomas varían de persona a personas los pacientes en general hablan de su propio personaje típico en función de las categorías, asintomático, sintomático, logros y expectativas para la vida. Desde esta perspectiva los informantes definieron a las PVVs a partir de la metáfora “buscadores de terapias complementarias para fortalecer sus sistema inmunológico” sin embargo, existirían personas que no pueden realizar esta búsqueda debido a que se encuentran en franca etapa de enfermedad por el estado de sida y otras enfermedades oportunistas, e incluso han existido muchas personas que nunca se rehabilitaron al 100% de una enfermedad asociada al sida.

Imagen 19: Personaje típico sobre PVVs realizada por PVVs.



Explicación del Ejercicio: “Nosotros quisimos dibujar a un compañero que estuviera aquí presente, y “Eduardo” quiso compartirles que después de que el psicólogo de aquí (HGZ.BD.IMSS) no les ayudó mucho a él y a su esposa, cuando recibieron el diagnóstico, se han reconciliado y él ha “recuperado” a su familia (...) **Eduardo dice:** Además, actualmente trabajo en Aeromexico y al enterarme de mi diagnóstico no quise perder más tiempo, por que uno no sabe y me metí a la escuela de pilotos, quiero que algún día me digan “capitán” y viajar por muchas partes con un sombrero mexicano, jajajaja (...) **Otro compañero dice:** Bueno, además nos compartió que no todo es bueno pues no ha podido recuperarse del todo después de la Candidiasis intestinal y tuvo SIRI, pero tiene las ganas y la esperanza de encontrar el tratamiento adecuado para algún día volver a tomarse un vinito sin culpa, jajaja (...) Comenta que tiene 35 años y que sigue pagando su casa y que quisiera subir de peso y terminar de pagar su carro (...) **Eduardo dice:** Si bueno, la verdad es que no comparto mi

diagnóstico porque no, es mi vida personal, si tuviera diabetes tampoco lo andaría diciendo” (PVVS. 2014:EPT).

Argumentaron que existen algunas personas que sí pueden tener sospecha respecto de su infección antes del diagnóstico, sin embargo la mayoría de los presentes en el grupo de reflexión no estuvieron de acuerdo, argumentando desde su experiencia personal que esto no necesariamente sería de esa manera. La mayor parte de las personas presentes en la reflexión grupal comentaron que ha sido muy común sentirse enfermos y que los médicos no pudieran “atinarle” a la enfermedad. Por lo que se ha mantenido en una constante búsqueda de un tratamiento que les permitiera sentirse mejor.

Durante esta búsqueda, encontraban a algún amigo, conocido o médico que les recomendaba realizarse la prueba del VIH/sida y ante esta sospecha accedían a buscar la prueba de Elisa en diferentes servicios de salud. Así es como, las personas viviendo con VIH, desde esta metáfora se definen como “buscadores de mejores servicios de salud” que demuestren ser “comprensivos” y que “inspiren” confianza siendo “atinados” al momento de brindar un tratamiento o una recomendación, sin importar que las personas estén asintomáticas o sintomáticas.

Aquellas personas que se autodenominaron como heterosexuales parecían ser las que tenían una mayor sorpresa ante el diagnóstico reactivo por VIH/sida. Entre los informantes las personas heterosexuales comentaron sentirse extrañados ante su diagnóstico sobre todo por que en muchos casos ni siquiera en las campañas de prevención se hablaba de ellos y mucho menos de mujeres o niños. Por su parte todas las personas homosexuales comentaron haber tenido contacto con campaña de prevención para VIH/sida, sin embargo, manifestaban tener un sentimiento de seguridad al momento de tener una práctica sexual, es decir, la mayoría de las personas comentaron que al momento de realizar una práctica sexual no se tenía presente el sentido de riesgo por infección.

“...la mayor parte de las personas nos juzgan porque piensan que somos tontos, a mí me han dicho: ¿Quién se infecta de VIH en nuestros días? Pero no es que fuimos tontos, sino que fuimos [confiados], la sensación de confianza de que somos invulnerables no sólo al VIH sino a cualquier otra enfermedad, es lo que en ocasiones no nos permite dimensionar los riesgos que asumimos. En mi caso pensar que estaba enamorado y viviendo en pareja era garantía de que no corría riesgo, fue la forma de sentirme confiado. Claro que habrá personas que asumen el riesgo de forma consciente y tampoco deberían de juzgarlos por ello. Al final vivir es un riesgo y no sabemos cuál es la enfermedad que nos va a tocar, porque yo tengo amigos que con sus prácticas sexuales se han puesto más en riesgo y a la fecha no se encuentran infectados” (PVVs 03, 2014: PTPVVIH).

El 100% de las personas entrevistadas se infectaron por vía sexual y no se visualizaban responsables de su estado de salud, pues afirman que han hecho consciente que no buscaron la infección de manera premeditada, sino que se presentó en razón de circunstancias diversas, muchas de ellas dijeron ser conscientes del riesgo, pero aun así consideraron que a infección se adquiere de manera fortuita, “nadie

tiene relaciones sexuales con la intención de infectarse o enfermarse”. En este sentido comentan que sus acciones posteriores al diagnóstico han estado encaminadas casi al 100% a buscar información y un servicio de salud que les permita incrementar sus “defensas” y mejorar su estado clínico:

“En todos los servicios de salud, te dicen que estas bien si te encuentras indetectable (en supresión viral), pero no te dicen que estar indetectable no es sinónimo de sentirte bien. Hay muchas personas como yo que han estado indetectables por mucho tiempo, pero que las defensas se incrementan muy lentamente, otras incrementan sus defensas pero no mejoran al contrario les da algo que le dicen “sepsis” una infección sistémica, otras están indetectables y se sienten bien y luego no regresan más que para el medicamento, otras se quedan ciegas o parapléjicas y el consuelo que le dan a uno es que eres indetectable y se limitan a seguirte dando el medicamento, pero no te recomiendan nada para mejorar tu vida” (PVVs 03, 2014: PTPVVIH).

Las personas consideraron que debían seguir buscando alternativas que complementaran el tratamiento que han recibido en los servicios de salud. Además comentaron que siempre se presentaran nuevas dudas e información sobre todo de efectos secundarios del tratamiento ARV, interacción medicamentosa con el ARV, etc. Pero si en el servicio de salud no se contara con la comprensión y la confianza del médico, las personas viviendo con VIH deberían buscar alternativas. En este sentido fue que muchas de las reflexiones de los informantes coincidieron en que resultó difícil depositar en los médicos familiares del IMSS la confianza sobre todo porque en ocasiones no quieren realizar auscultación o solo se limitan a “canalizarlos”⁴⁶ a la Clínica de VIH, por lo que los participantes en la investigación revelaron que la principal estrategia para mejorar su estado de salud fue asistir directamente con el médico titular de la Clínica de VIH.

En la reflexión grupal se comentó que la principal estrategia de las PVVs fue acudir directamente a la Clínica de VIH y evitar a los médicos familiares, pues el médico titular especialista pudo apoyarlos con mayor conocimiento sobre su estado de salud, sobre medicamentos y las interacciones farmacéuticas, los efectos secundarios, las terapias alternativas, las enfermedades oportunistas y sus tratamientos, la manera de incrementar las defensas, el procedimiento de aceptación del diagnóstico, estrategias de rehabilitación, etc.

IV.3.4. Las acciones de las personas viviendo con VIH/sida

Las herramientas del DCP se aplicaron a 24 pacientes que firmaron los consentimientos informados, cuyo resultado fue que las personas viviendo con VIH al tener que lidiar con la rotación y los obstáculos que presentó la consulta de medicina familiar, podrían preferir el consultorio de atención externa de la CLVIH que les parece con mejor atención y mayor comodidad. Cuando se realizaron las entrevistas

⁴⁶ Las personas utilizan este termino de una manera un tanto burlesca, para comentar que los médicos “se deshacen de ellos”, pues quiere decir que los envían a otro servicio, aplicando el sistema de referencia y contrareferencia del IMSS.

individuales a los pacientes que firmaron el consentimiento informado, 18 pacientes expresaron su negación a asistir para su seguimiento y atención con médicos familiares. Esto no quiere decir que los pacientes no tengan conocimientos de que el procedimiento normal de atención debiera ser en medicina familiar, quiere decir que los pacientes expresaron su nula disposición de asistir a medicina familiar para el seguimiento de sus estado de salud debido a que no buscan mantener trato directo con los médicos familiares.

No se puede confirmar que las características de sexo o género de los pacientes tuvieran alguna incidencia en la negación hacia la atención en Medicina Familiar, sin embargo se sabe que el rechazo de los pacientes por atenderse y mantener trato directo con los médicos familiares no estuvo asociado a la edad o experiencia profesional de los médicos, sino a la confianza que los pacientes estarían dispuestos a depositar en ellos. Por esta razón se descartó por el momento la tesis de que alguno de estos aspectos de género o sexo tengan injerencia con la negación, por el contrario se afirmó que la confianza está relacionada con la actitud de los médicos familiares en términos de su empatía con el pacientes, la atención y el trato directo (relacionado con la auscultación) y por último con la pertinencia del diagnóstico y tratamiento respecto a la mejoría del estado de salud de los pacientes.

Lo anterior adquirió sentido, en el momento en que se preguntó a los pacientes ¿Cuál ha sido el principal obstáculo al que se han enfrentado para mejorar su estado de salud? Pues en su mayoría afirmaron que el principal obstáculo en el IMSS ha sido la falta de “empatía” que han demostrado los médicos familiares para comprender las preocupaciones y necesidades de los pacientes, algunos informantes, incluso comentaron que los médicos han revelado el diagnóstico a sus familiares y han hecho publicó los resultados en la sala de espera.

Algunos pacientes comentaron que cuando regresaron de la Raza, una vez que tuvieron sus prueba de Elisa y W.B. reactiva, algunos médicos familiares ya no quisieron “atenderlos”, argumentando que esto no se hizo con gestos, ni muecas, pero no querían ni realizar una “revisión” o “chequeo” general durante la consulta, los pacientes afirmaron que muchos de ellos evitaron tomar los signos vitales a los pacientes, limitándose a realizar la hoja de canalización a la Clínica de VIH. Por último, existieron testimonios que afirmaron que al regresar al consultorio de medicina familiar para que se registraran los resultados en sus expedientes, los médicos les comentaban que el “seguimiento” y “monitoreo” de su estado de salud ya no estaba en sus manos, por lo que les sugirieron que ya no se presentaran con ellos, por el contrario deberían de adscribirse al consultorio de la Clínica de VIH.

Los pacientes comentaron que todas estas acciones en su mayoría, han sido realizadas bajo la consigna de que no se les está negando el servicio de salud, por el contrario, se pretendió canalizarlos a un servicio especializado en donde el paciente pudiera tener una valoración más profesional y certera. Aquellas seis personas que aceptaron regresar al servicio de Medicina Familiar, dos de ellos no se han

enfrentado a ningún obstáculo, además, a pesar de que el restante número de informantes sí han tenido otro tipo de obstáculos, por ejemplo en el seguimiento, es decir, cuando el paciente ya contaba con el diagnóstico, el médico familiar decidió canalizarlos a Clínica de VIH y no volver a verlo en su consultorio.

Sin embargo, todas las personas que se negaron a regresar al consultorio de medicina familiar tuvieron obstáculos, que en su mayoría estuvieron relacionados con el seguimiento y monitoreo del estado de salud. Resultó importante identificar que la negación de los médicos a brindar un seguimiento y monitoreo a estos pacientes fue el principal obstáculo que expresaron los pacientes para no regresar a consulta de medicina familiar.

En este sentido y con base en las metáforas que expusieron durante el personaje típico, los pacientes buscaron alternativas para conseguir mejorar su estado de salud. Bajo esta lógica fue pertinente considerar los testimonios individuales de quienes no compartieron las metáforas que se reflexionaron de manera grupal. Esto con el propósito de arrojar una posible explicación alternativa a la existencia de estas metáforas grupales. Al realizar el sondeo individual resultó que algunas personas aseguraron que han existido justificaciones que los pacientes brindan para argumentar y justificar el no pasar a la consulta de medicina familiar:

“...quien diga que no pasa a la consulta familiar porque no hay empatía de los médicos y otras excusas, es porque ya están “acostumbrados” a que la ME3 les brinda todos los servicios en un mismo consultorio y en ocasiones esto disminuye el tiempo de espera para recibir medicamento, para recibir consulta o simplemente porque les gusta mucho como da la consulta la ME3. La verdad es que la “Dra” (ME3) se ha esforzado mucho por atendernos bien, incluso si hay algún problema en urgencias o en hospitalización ella va a defendernos. Todos queremos mucho a la “Dra” (ME3) por ellos luego algunos pacientes abusamos de la comodidad que ella nos brinda de venir a todo con ella” (PVVs 03, 2014: PTPVVIH).

De acuerdo con el anterior testimonio muchos pacientes optarían por argumentar a partir de las metáforas alguna acción de los médicos familiares como obstáculos para mejorar su salud, esto con la intención de encontrar una mayor comodidad y mejor atención en el servicio de salud. Esto de cualquier forma concordó con la metáfora proporcionada por los pacientes en el sentido de que ellos fueran buscadores de alternativas, aunque en muchos casos los obstáculos pudieran ser o no reales. Lo cual no quería decir que las metáforas no puedan ser utilizadas con la intención de mantener una estabilidad y continuidad en la atención.

IV.4. REFLEXIÓN CAPÍTULAR

En este capítulo se presentó el marco contextual de la Clínica de VIH del HGZ.BD.IMSS y los resultados de la herramienta “Personaje Típico” del DCP. Se pudo comprender que a partir de la aparición del TARGA, la clínica comenzó a operar como un consultorio de medicina interna ambulatoria en segundo nivel de atención en el cual se hacía frente a las nuevas condiciones de la epidemia. Con el nuevo

tratamiento ARV se pudo apreciar que las personas viviendo con VIH/sida mejoraron considerablemente, por lo que la consulta para seguimiento y monitoreo se convirtió en un evento de suma importancia para la atención integral por infección de VIH/sida. Esto propició que medicina familiar tuviera un importante papel no sólo en un momento de intervención para la detección oportuna de los nuevos casos de VIH/sida, también para la coordinación del seguimiento y monitoreo de la infección crónica asintomática en personas ya infectadas.

Las metáforas (sentido subjetivos de la acción) y las acciones entre ambos actores se entretrajeron formando una reciprocidad subjetiva y de acción, sustentada, como diría Goffman, a partir de las acciones rutinarias que se desarrollaron como producto de la costumbre desde un marco de referencia cognitivo (Goffman. 1970).

Durante el trabajo de campo se encontró que las acciones sociales entre médicos/pacientes en medicina familiar, tuvieron como antecedente metáforas que se caracterizaron por mirar al VIH/sida desde ángulos muy diferentes dentro de la atención. En tanto que la mayor parte de los médicos familiares que compartieron su testimonio, pensaron que el diagnóstico reactivo por VIH fue una enfermedad que involucraría una atención especializada y que trae como consecuencia la muerte del paciente, cuyo portador ha sido un huésped infeccioso que debe ser “referido” a la Clínica de VIH y en ocasiones aislado para la prevención de nuevos casos. Las personas viviendo con VIH/sida comentaron que han sido buscadores de alternativas de salud permanente, han tratado de acceder a un médico que inspire confianza, al ser comprensivo hacia su actual estado de salud y atinado en su tratamiento para incrementar sus defensas.

Los médicos familiares entrevistados asumieron que las personas viviendo con VIH/sida, no deben ser tratadas en el consultorio de medicina familiar. Incluso consideraron que el seguimiento y monitoreo sólo se le puede proporcionar al paciente en el segundo nivel de atención. Piensan que los pacientes deben ser “referidos” a la Clínica de VIH del HGZ.BD.IMSS para su atención, lo que en ocasiones se ha realizado independientemente que el estado de salud en que se encuentren fuera sintomático o asintomático. La mayoría de médicos familiares coincidieron en que las personas viviendo con VIH/sida era hombres homosexuales, que desde su perspectiva, necesitaron una atención especializada que demanda habilidades “relacionales” que algunos de ellos no poseen.

Las PVVs, por su lado, afirmaron que no quisieran regresar al consultorio de medicina familiar, para llevar su seguimiento y monitoreo una vez valorados y controlados en su carga viral. Esto quiso decir, que muchos de estos pacientes han elegido excluirse de medicina familiar, afirmando que incluso algunas enfermedades de temporada son tratadas en la Clínica de VIH/sida debido a que en este consultorio encontraron confianza y comprensión hacia su estado de salud.

CAPÍTULO V. LOS EFECTOS DE COMPOSICIÓN DE LA INTERACCIÓN MÉDICO/PACIENTES SOBRE EL TRATO DIGNO EN LA ATENCIÓN HACIA PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/sida EN EL HGZ.BD.IMSS.

El presente capítulo se escribió con el propósito de indagar sobre las características de la interacción social al interior del servicio de salud y los efectos de composición sobre el trato digno que recibieron las personas viviendo con VIH/sida y se atienden en el HGZ.BD.IMSS. Toda vez que en el anterior capítulo se brindaron los resultados de la herramienta “Personaje Típico” del “Diagnóstico Comunitario Participativo (DCP)”, en este capítulo se presentan los resultados de la herramienta “Camino a la salud” que fue un diagrama de flujo que permitió identificar de qué manera las metáforas identificadas anteriormente repercutieron en la obra institucional, es decir en el continuo de atención dentro del hospital y sus resultados. También se pretendió caracterizar con mayor precisión el tipo de sistema de interdependencia que dio origen la interacción y las características del trato digno partiendo del análisis singular del marco de SDPP. De esta manera se caracterizó el flujo continuo de atención, se presentaron los efectos de composición y se describen las estructuras situacionales del trato digno en el hospital.

V.1. LA INTERACCIÓN SOCIAL EN EL HGZ.BD.IMSS

Todo el proceso continuo de atención integral hacia personas viviendo con VIH/sida dentro del IMSS se encontró ampliamente regulado por la Ley del Seguro Social que ha estipulado propósitos y procedimientos del instituto, así como reglamentos internos y externos de carácter federal y estatal, manuales de procedimientos para cada nivel de atención, códigos de ética, guías de práctica clínica y normas oficiales que presentaron recomendaciones para su atención. Siendo el IMSS uno de los servicios de salud más estructurados y normados del país, también contempló entre su estructura y funciones dentro de la institución contratos colectivos de trabajo que cuentan con programas de actividades por cada servidor de salud al interior de instituto.

Este marco determinó los papeles y actividades propias de cada puesto y sus propósitos, sin embargo, dentro de la institución, la atención no solo se encontró determinada por la normatividad, también se encontró determinada por la interacción entre agentes inmersos en sus funciones institucionales (normadas), quienes tuvieron un margen de acción autónoma que les permitió, en la práctica, reconstruir condiciones de atención y modificar el continuo de atención normado, que se encontró ampliamente sometido a las decisiones y acciones individuales de sus agentes.

La construcción de las condiciones de la Clínica de VIH/sida para hacer frente a las necesidades de las PVVs a lo largo de 18 años, fue sin duda el mejor ejemplo de este margen de gestión autónoma que tienen los agentes. La Clínica de VIH/sida se fue adaptando a las condiciones de atención presentes en el hospital, organizándose y resolviendo diversas problemáticas del entorno que repercutían en la atención hacia las PVVs. De la misma manera y conforme se iba modificando el entorno, la normatividad, la infraestructura, el personal, los procedimientos, los recursos y las políticas de

respuesta al VIH/sida, se han ido enfrentando nuevas condiciones de intersubjetividad entre los servidores de salud. Esto se debe a la influencia de una convención tácita a la que se ha llamado “política anti-brillo”, esto es una regla informal que implicó que los agentes no realicen más actividades de las que están en su programa de labores vinculadas con su contrato colectivo de trabajo.

Esta “política anti-brillo” hizo necesario que para hacer una sinergia entre profesionales de salud para gestionar las condiciones de atención. La ME3 buscaría aquellos profesionales de la salud que en lo individual se encontraban sensibilizados en la importancia y beneficio de brindar una acción más a las que se encuentran plasmadas en su programa de actividades. Esto quiere decir que las condiciones de atención en la Clínica de VIH, en gran medida han dependido de la acción individual y su sentido subjetivo, es decir las condiciones de atención dependían de la construcción de una intersubjetividad al interior del servicio de salud, que permitieron que se acomodaran las condiciones de atención para brindar el servicio. Un ejemplo de lo anterior, es que los días viernes de cada semana, la ME3 no cuenta, físicamente con consultorio, debido a que otro médico especialista lo ocupa. Derivado de estas condiciones, la ME3, brinda consultas y algunas asesorías sobre VIH/sida en el pasillo interno que conecta a los consultorios, teniendo que dar recomendaciones, recetas y hasta consulta en ese lugar, de ser necesario.

De esta manera en el primer apartado de este capítulo se presentó la caracterización de la interacción a manera de acciones recíprocas producto de una intersubjetividad que han configurado el flujo continuo de atención dentro del hospital. Así fue como las metáforas adquirieron relevancia para comprender la interacción en el medio institucional, sobre todo en un medio tan estructurado y funcional como el IMSS, pues esto ha resultado determinante para la modificación del flujo continuo de atención. En este apartado se caracterizó la interacción social dentro del hospital a manera de un sistema de interacción, aspecto que ayudó a comprender en qué medida el continuo de atención se ha modificado respecto a lo que se tiene estipulado en los procedimientos y normatividad del instituto.

V.1.1. El actuar de los médicos familiares y los pacientes durante el continuo de atención.

El término “actuación”, es ampliamente ilustrativo para entornos estructurados disparadores y reforzadores de personajes típicos con actividades y sentidos subjetivos típicos en instituciones, pues la asignación de papeles demanda en todo momento que los agentes gobiernen su cuerpo para actuar como se espera organizacionalmente (tal como lo hace un profesionistas) así es como justificar y legitimar los cuestionamientos sobre su actuar y sus acciones. Para eso han servido las metáforas y acepciones que se comparten intersubjetivamente para hacer menos problemática la acción institucional, organizando la vida cotidiana y regulando las decisiones que se toman durante la interacción ante los clientes, usuarios o pacientes.

El caso que se estudió dentro del HGZ.BD.IMSS fue un ejemplo de ello, pues mientras que en la institución se agregaron normas, procedimientos, guías clínicas y manuales encaminados a la respuesta al VIH/sida, también existieron identidades metafóricas que enmarcaron límites definidos e inamovibles de actuar para los agentes (en este caso médicos familiares). Ambos aspectos sirvieron de plataforma subjetiva para disparar y reforzar la proliferación de comportamiento autónomo que moldeó la interacción entre los diversos agentes que se encontraban encargados de brindar la atención en eventos como la consulta.

Ante este panorama, la mayoría de los agentes, al ver cuestionada, en grupo o en público, sus actividades o acciones incluían en sus respuestas las reflexiones de sus actos, es decir, hicieron presentes las metáforas reflexionadas para justificar su interacción dentro de la institución. El ejercicio en grupo hizo posible develar las metáforas existentes y legítimas en su entorno, mismas que les permitieron solucionar el cuestionamiento de forma inmediata. La existencia de metáforas en el HGZ.BD.IMSS, ayudó a comprender que en el entorno existía una lógica de acción, a la cual los agentes subordinaron su actuar y guían su obrar.

Las metáforas han sido sólo parámetros para justificar y guiar su actuar ante condiciones de cambio institucionales dentro del hospital y durante las interacciones propias de su papel dentro del servicio de salud. En el momento del encuentro los médicos familiares en quienes pesa la estructura y procedimientos de la consulta, se enfrentaron a la exigencia de las guías clínicas y manuales de procedimiento a favor de la atención a las personas viviendo con VIH en los tres niveles del servicio médico, sin embargo contaron con la posibilidad de un respaldo laboral fuerte como en el sindicato que ha permitido la proliferación de la “política anti-brillo” que puede ser cómoda para muchos de ellos. Lo cual resultó disparador de la toma de decisiones autónomas y de acciones sociales al momento concreto de la interacción, es decir, cuando se ha realizado el encuentro entre ambos agentes la negación a la atención y la utilización de la referencia y contra-referencia de los pacientes ha sido una solución previamente reflexionada, misma que se registró en los testimonios individuales.

En ocasiones la referencia se realizó a pesar del detrimento de las condiciones de atención de los pacientes, quienes al no contar con un respaldo estructural y funcional dentro de la institución, más que la Clínica de VIH/sida, desarrollaron sus propias reflexiones sobre la interacción desarrollando recursos argumentativos metafóricos que refuerzan su actuar para emprender acciones de auto-exclusión de un servicio (como medicina familiar) y la auto-inclusión permanente al consultorio de VIH/sida para su seguimiento y monitoreo, a pesar de que esto contradijera la normatividad, reglamentación y los procedimientos del mismo instituto.

Esto brindó elementos para asegurar que las metáforas de los médicos familiares y sus acciones, descritas en el anterior capítulo, han sido recíprocas a las que expresan las PVVs. Pues ambos requieren

de una herramienta intersubjetiva (como la metáfora del “enfermo homosexual terminal” o la del “buscador de mejores servicios”) por el cual subordinar y justificar su actuar dentro de la institución. Esto a la luz de las contradicciones existentes dentro de la estructura y funcionalidad de la institución que en lo sucesivo se convirtió en un entorno más amplio de acción autónoma, en donde las metáforas fungieron como justificación para el actuar de ambos agentes.

Evidentemente que la obra de la Clínica de VIH/sida, también resultó disparadora de esta situación, en el entendido que al gestionar de forma autónoma los recursos necesarios y buscar las acciones de atención adecuándose a este entorno institucional, reforzaron las metáforas intersubjetivas (ambos agentes) y su comportamiento. La Clínica de VIH dentro del HGZ.BD.IMSS ejerció una acción social de “encubrimiento” caracterizado por Goffman como aquella acción de una persona “simpatizante” de los “estigmatizados” que les brinda protección buscando adaptarlas al medio hostil presente en su entorno. Esto en el entendido de que dentro de la Clínica de VIH los prestadores de servicio, han decidido realizar una obra de adecuación a las condiciones imperantes en el hospital, que sin importar que trajera mayores cargas de trabajo al interior del consultorio, también reforzadas las metáforas intersubjetivas, tanto de médicos familiares como de pacientes (Goffman.2006).

Estas metáforas intersubjetivas y las acciones que se derivaron de ellas, no se pueden considerar como producto de mecanismos de interiorización, por lo menos con la información con la que se cuenta actualmente, debido a que solo nos enfocamos a demostrar la existencia de las identidades metafóricas a manera de disparadores y reforzadores de ciertas acciones, de esta manera no se cuenta con la evidencia necesaria para afirmar que esta intersubjetividad dentro del entorno generó esquemas cognitivos “nucleares” o “periféricos” entre los agentes, por el momento sólo ha sido prudente señalar que los agentes responden a una interacción producto del entorno relacional en el cual converge un actuar recíproco entre ellos.

De esta manera ha sido pertinente preguntarnos, ¿Hasta qué punto está intersubjetividad y reciprocidad de acciones entre ambos agentes ha modificado el flujo continuo de atención enmarcado en la respuesta al VIH/sida dentro del hospital? Esta pregunta resultó muy importante ante la existencia de las metáforas y acciones recíprocas autónomas que se han asumido por parte de los agentes, esto no sucedió en la práctica, por el contrario se construyó un flujo de atención alternativo con el que se han estado atendiendo a las personas.

La interacción social pudo instaurar una “serie progresiva de actividades prácticas” que no necesariamente correspondieron con la que se encontró estipulado en las guías y manuales de atención hacia las personas viviendo con VIH/sida. Pues resultó evidente que el actuar de los agentes ha estado sujeto a la intencionalidad propia de los individuos, es decir, estuvo fundamentada en una intersubjetividad construida a partir de la estructura y funciones imperantes en el entorno. De esta

manera se podría concluir que el flujo continuo de atención estuvo determinada en el hospital por la intersubjetividad médico/paciente que dominó el actuar de ambos agentes y no por las estructuras y procedimientos funcionales normados.

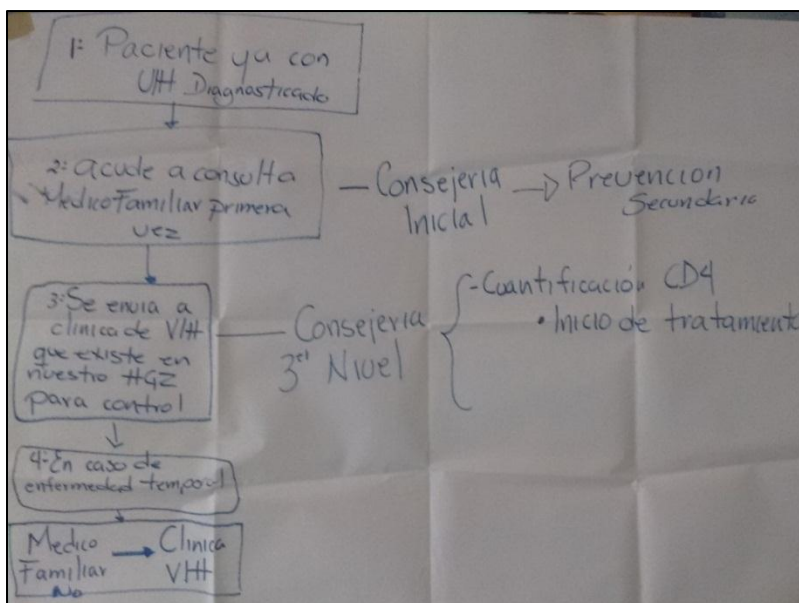
V.1.2. El camino a la salud desde la óptica de los médicos familiares

La intersubjetividad no quiere decir que los agentes hayan compartido los significados y el sentido subjetivo de la acción (en eso radica la crítica de Schutz a Weber) por el contrario, suele suceder como en el caso de los médicos familiares y las personas viviendo con VIH/sida, que cada uno de ellos se atribuyó características de comportamientos de acuerdo a sus propias metáforas, lo cual no impide la reciprocidad de acciones. El actuar intersubjetivo al enfrentarse cara a cara se ha construido a partir del actuar individual, es decir, el fenómeno intersubjetivo se construyó durante la vida cotidiana (Schutz. 2004).

La vida cotidiana no se podría agotar en los fenómenos metafóricos, por el contrario, el agente ha orientado el sentido de su actuar en el tiempo y el espacio. Esto quiere decir que los agentes han podido realizar una acción o reacción dependiendo la situación. Las personas van reflexionando sus actos (acción ya realizada), en consecuencia podrían ser capaces de orientar sus acciones, a partir de tomar decisiones respecto a su actuar hacia otras personas. Así es como se fue construyendo la intersubjetividad metafórica de ambos agentes, médicos familiares y pacientes que se encuentran frente a frente en la vida cotidiana. Esto no quiere decir que todo el tiempo, y en todos los eventos y situaciones, los agentes se hayan preguntado “qué hacer” o “cómo actuar”, por el contrario, después de la reflexión individual este actuar se puede convertir en acciones rutinarias, sobre todo cuando éstas ya no han representado una problemática inmediata, pues se volverían regularidades poco cuestionadas.

Tomando en consideración lo anterior, se les preguntó a ambos grupos de informantes (médicos familiares y pacientes) sobre el flujo continuo de atención que rutinariamente se ha realizado en el hospital hacia las PVVs. Para recabar la información del continuo de atención se retomó el “Diagnóstico Comunitario Participativo” (DCP); especialmente la herramienta “Camino a la Salud”. En el caso de los médicos familiares esta herramienta tuvo como objetivo captar el tránsito o camino de atención que los agentes han aplicado rutinariamente para atender a las personas viviendo con VIH/sida. Resultó evidente comentar que en el caso de los médicos familiares la herramienta se aplicó en el “Taller de Consejería en Sexualidad y VIH/sida”, en donde se separaron en dos equipos a los 12 médicos familiares quienes realizaron diagramas de flujo que mostraron su continuo de atención ideal para dar respuesta a los pacientes.

Imagen 20: Camino a la Salud realizado por Médicos Familiares.



Interpretación del Ejercicio: “Los pacientes casi siempre ya saben que tienen el virus o hay quienes ya están diagnosticados (...) cuando no llegan a urgencias, llegan con los médicos familiares y nosotros lo único que podemos hacer es brindar una consejería inicial y diagnosticar algún otro padecimiento (...) la mayoría vienen con problemas graves de salud por lo que tratamos de hacer prevención secundaria para que el estado de salud no empeore, pero en realidad lo que hacemos es referirlos a “Clínica de VIH” allí la Dra. (...) los manda a sus pruebas de control y les da toda la información de su enfermedad y ella les brinda la atención cuando se enferman o cuando tienen alguna complicación (...) a veces los pacientes regresan a Medicina Familiar, pero realmente no podemos hacer mucho por ellos por lo que mejor se les recomienda que vayan al HGZ a Clínica de VIH para que sean mejor atendidos” (EQMF 2, 2014: ECS).

Durante el trabajo de campo se encontró que el flujo de atención hacia las personas viviendo con VIH/sida en el hospital se caracterizó por la exclusión permanente de los pacientes del servicio de medicina familiar una vez brindado el diagnóstico. Esto confirmó que el continuo de atención, sí se ha modificado. Cabe señalar que cuando se les preguntó a los médicos familiares sobre las acciones de detección oportuna que se han utilizado en este nivel de atención, los médicos afirmaron que no existen acciones de detección oportuna implementadas institucionalmente en medicina familiar, por el contrario cuando se ha realizado un diagnóstico por infección de VIH/sida, esto ocurre debido a dos escenarios:

“...los pacientes ya saben lo que hicieron y por lo tanto algunos de ellos llegan solicitando la prueba, cuando esto sucede regularmente se envía a los pacientes a medicina interna para que les practiquen la prueba. En otros casos los pacientes vienen ya (...), con una o con las dos pruebas diagnósticas positivas. Lo que quiere decir que dentro del IMSS, lo que procede es mandarlos a medicina interna para que puedan realizar sus pruebas con nosotros...” (EQMF 2, 2014: ECS).

Los médicos familiares señalaron que en el IMSS existen dos procedimientos por los que se puede llegar al diagnóstico por VIH/sida. Por un lado, desde medicina familiar y por otro desde urgencias. “En medicina familiar, cuando se ha tenido la sospecha de infección por VIH se envía a medicina interna

para que se realicen las pruebas de Elisa y Western Blot (esto quiere decir que los pacientes son referidos al Centro Médico Nacional de La Raza), en donde se brindaría consejería post-prueba y se daría aviso a medicina preventiva y epidemiología. Los médicos familiares confirmaron que la mayor parte de los pacientes regresan al HGZ.BD.IMSS pero dependiendo su estado clínico ya no se contrarrefieran a medicina familiar, sino que se envían directamente a Clínica de VIH/sida.

“En clínica de VIH del hospital, los pacientes deben recibir la atención y el tratamiento que necesitan. Incluidos los controles específicos sobre su estado inmunocomprometido y las comorbilidades que presente de acuerdo con su estado clínico. Nosotros por lo general les perdemos la pista a esos pacientes, sin embargo, sabemos que se encierran en buenas manos debido a que la ME3 solicita los expedientes de esos pacientes y les brinda un orden y control específico...”(EQMF 1, 2014: ECS).

Cuando se preguntó, por aquellos pacientes sintomáticos, los médicos familiares, confirmaron que algunos si regresaban a medicina familiar, pero bajo las condiciones de su diagnóstico era más prudente enviarlos directamente a la Clínica de VIH/sida. Al preguntar si los pacientes volvían en alguna ocasión, cuando se conseguía el control virológico, la respuesta fue que la Clínica de VIH se encontraba equipada con todo tipo de servicios, por lo que en ocasiones no sería necesario, pues ahí mismo se emiten incapacidades para los pacientes, por lo que en caso de riesgo de trabajo, no es necesario que los pacientes regresen a medicina familiar.

Sin embargo, aunque al interior de la clínica de VIH/sida si se tuviera contemplada la provisión de diversos servicios como nutrición, enfermería, trabajo social y psicología; el ME3 afirmó que ninguno de estos servicios se ha realizado por algún especialista encargado de ello, por el contrario, el conjunto de cuatro servicios, junto con infectología, se han previsto por el ME3 quien afirmó que los médicos familiares conocían esta situación de la clínica, por lo que esto no tendría que ser una razón para que el médico familiar solicitara al paciente no regresar a ese servicio una vez diagnosticado, por el contrario:

“...hay médicos que si me llenan una nota médica más detallada, [paciente con tantos años de edad, prácticas homosexuales, (porque esa es la tirada, para unidad de medicina familiar, paciente homosexual es igual a VIH), prueba de Elisa positiva se envía a tratamiento en Clínica de VIH], entonces el médico familiar dice: [papa caliente, aviéntala], y ya no lo vuelve a ver. Obvio, ese es uno de los pleitos que nunca he podido pasar (...), absorber muchas funciones ha ayudado y ha perjudicado. Ha ayudado a los pacientes, pues saben que aquí se les puede atender, que se apoya en todo. Pero también ha perjudicado, en que el médico familiar dentro de su escalafón de atención, dice: [paciente, clínica de VIH, ya no lo vuelvo a atender], cuando yo le comento: [oye el paciente tiene diabetes, tiene hipertensión], El médico familiar dice: [no, allá te atienden, eres paciente de allá]. Hay médicos familiares que se libran del paciente, esa es la palabra, parece que se libraron de un paciente...” (ME3, 2015: ECXT).

Los médicos familiares reconocieron que en muchos casos ellos no volverían a ver a los pacientes una vez ingresados a Clínica de VIH, lo cual se aplicó regularmente para aquellos casos en los que la detección de la infección se realizó mediante ingreso del paciente por el servicio de urgencias. En este

caso, algunos médicos familiares comentaron que volvieron a ver a los pacientes cuando fue necesario realizar la nota médica para su referencia y contra-referencia, sin embargo, esto dependió mucho del médico internista pues algunos de ellos les proporcionaron el pase directo a hospitalización (o en su caso), a la Clínica de VIH.

Este procedimiento se plasmó en ambos diagramas de flujo que los médicos familiares dibujaron en un rotafolio y que cada equipo explicó. Los médicos familiares reconocieron que este flujo continuo de atención representó para la Clínica de VIH del HGZ.BD.IMSS una mayor carga de trabajo que podría repercutir en la calidad de atención, pues se concentran dos niveles de atención en un solo consultorio., a saber que se han atendido pacientes que asistieron para recibir el tratamiento antirretroviral (ARV) por la infección de VIH; otros pacientes que asisten para tratar enfermedades crónicas o accidentes que en ocasiones no están asociadas al VIH y por último, pacientes sin cita para recibir atención de enfermedades de temporada como diarreas o influenza estacional. Esto ha incrementado el costo de atención por paciente en la Clínica de VIH⁴⁷, debido a la gran gama de medicamentos necesarios para la atención y monitoreo de enfermedades de temporada y crónicas, las pruebas diagnósticas para las enfermedades oportunistas, comorbilidades, efectos secundarios y los medicamentos antirretrovirales (ME3. 2015: ECXT).

Sin embargo, la ME3 comentó que esto no siempre ha sido así, pues en diversos momentos la Clínica de VIH ha enfrentado un entorno en que el médico titular no puede recetar medicamentos de todo tipo y en dosis elevadas o por periodos largos de tratamiento para enfermedades crónicas. De la misma manera se han registrado momentos en que se ha dificultado el diagnóstico y seguimiento puntual a enfermedades crónicas degenerativas diferentes a la infección por VIH, al no poder ordenar estudios y pruebas clínicas para el monitoreo de esas enfermedades. Estas situaciones han cambiado ante la existencia de casos clínicos sumamente complicados en que los pacientes suelen tener recaídas o complicaciones que impactan en una mala atención y hasta negligencia médica, casos que han llegado a saberse en la esfera de tomadores de decisiones al interior de la institución (ME3. 2015: ECXT).

V.1.3. El camino a la salud desde la óptica de las personas viviendo con VIH/sida

Para identificar las características del flujo continuo de atención integral resultó necesario aplicar la herramienta de “Camino a la salud” del DCP, a las personas viviendo con VIH/sida, que brindaron su testimonio, con la finalidad de corroborar de forma grupal e individual el testimonio de los médicos familiares. El aspecto metodológico con el que se lidio al realizar esta herramienta a las PVVs, fue difícil pues como se planteó en el capítulo anterior, las autoridades del HGZ.BD.IMSS solicitaron que se

⁴⁷ Aunque no se aclaró cuanto es con costo promedio por paciente, ni en cuanto dinero o porcentaje se incrementa.

realizaran entrevistas individuales, sin embargo, posteriormente se realizó un ejercicio grupal sobre los resultados del flujo continuo de atención resultados de la interpretación de los 24 testimonios.

En primer lugar se realizaron las entrevistas y posteriormente el investigador realizó un diagrama de flujo con el resultado de los testimonios, mismo que se expuso a los informantes en grupo, quienes hicieron comentarios al respecto. En el caso de las personas viviendo con VH/sida esta herramienta del DCP, tuvo por objetivo comparar el “camino a la salud” que los informantes tuvieron que realizar para conseguir su estado actual de salud en relación con el flujo de atención que los médicos familiares expresaron en su ejercicio grupal, con la finalidad de identificar la existencia de reciprocidad entre las acciones rutinarias de los médicos familiares y las acciones que los pacientes asumieron para llegar a su estado actual de salud. De esta manera, los asistentes brindaron sus opiniones y modificaciones a los diagramas de flujo de atención dando como resultado un esquema que comprendió tres etapas.

Dentro del flujo de atención que se describió en el camino a la salud se identificaron tres momentos cruciales para cubrir necesidades de los pacientes y en los que se tendría que implementar acciones sociales calculadas para la protección de la salud de las PVVs:

1. **La etapa de detección oportuna** que comprende la promoción de la salud, la prevención de nuevos casos, el tamizaje, el diagnóstico y la vinculación al servicio de salud.
2. **La etapa de retención** de las personas viviendo con VIH en el servicio de salud que comprende la atención de especialidades médicas, el tratamiento ARV, el monitoreo de respuesta a los medicamentos y efectos secundarios y el seguimiento a la respuesta al tratamiento antirretroviral.
3. **La etapa de control y monitoreo** que implicaría la vigilancia de la supresión viral, el estado clínico y el apoyo social para el fortalecimiento de habilidades de protección de la salud.

Durante el trabajo de campo se encontró que el “camino a la salud” que realizan las PVVs, es de dos tipos: Aquellos que recibieron su diagnóstico en servicios externos al IMSS, incorporándose posteriormente al tratamiento en la CLVIH, y aquellos que fueron diagnosticados en algún servicio de salud del mismo instituto, ya fuera medicina familiar, medicina interna o en algún hospital de especialidades médicas. Aquellas personas que recorrieron un camino relacionado con el primer tipo, comentan que este continuo de atención ha sido satisfactorio, opinión muy distinta a quienes han sido diagnosticados en algún servicio dentro del IMSS.

Trece participantes afirmaron haber sido diagnosticados en una institución externa al instituto. De estos testimonios 2 de ellos afirmaron que al momento de ser diagnosticados no contaban con seguridad social, debido a esto, al momento en que tuvieron un empleo formal accedieron al IMSS. Dos de estas personas comentaron que cuando recibieron su diagnóstico aún no existía el programa de acceso gratuito al medicamento de la Secretaría de Salud, por lo que en aquel momento, la única alternativa de acceder a éste fue encontrar un empleo que brindara la prestación.

Entre aquellas personas que contaban con el servicio de seguridad social y se diagnosticaron en instituciones externas al IMSS, se encontró el caso de un derechohabiente que afirmó haber pretendido realizar una donación de sangre en una institución privada, para la cirugía de un familiar, por lo que dentro del protocolo para la donación voluntaria le practicaron la prueba de Elisa. En este servicio de salud se le brindó el diagnóstico y la consejería post-prueba, sin embargo al contar con servicio de seguridad social decidió atenderse en el HGZ.BD.IMSS, donde llegó directamente a la Clínica de VIH. Otra persona afirmó que se diagnosticó en la Clínica Especializada Condesa y que al seguir los trámites de rutina lo refirieron al IMSS debido a que contaba con la prestación.

Por otro lado, encontramos cuatro personas que afirmaron acceder a un servicio privado de forma intencional, debido a que no confiaban en el diagnóstico y la atención que se proporcionaba en el IMSS, esto quiere decir, que estas personas si contaban con la prestación al momento en que se diagnosticaron por primera vez, pero ante la desconfianza al servicio, decidieron vincularse a otro servicio de salud, entre estas personas se encontró un testimonio que afirmó haber sido diagnosticado en el servicio de “Farmacias Similares”. Estos participantes afirmaron que esta maniobra se debió a que por lo general los médicos familiares suelen canalizar a las personas al servicio correspondiente cuando se han diagnosticado previamente, siendo esta la principal razón por la que los pacientes escogen implementar esta acción evasiva al servicio de Medicina Familiar.

“...primero hice trámites para que me atendieran ahí (Clínica Especializada Condesa), pero ya después, como tengo seguro de trabajador, pues ya me dijeron que tenía que ir a clínica (UMF), pero yo ya sé que en el consultorio de medicina familiar siempre hay un relajo, por lo que mejor fui directamente a epidemiología, nunca saque cita con el médico familiar, en epidemiología, no me acuerdo del nombre del doctor, me dijo que sacara cita en Clínica de VIH, de allá me mandaron para acá (CVIH.HGZ.BD.IMSS). Mis CD4 y Carga Viral, todo me lo hicieron en la Condesa, yo lo que quería solucionar mi problema, yo lo que quería era resolver rápido todo esto y que me atendieran bien, por lo que si me hubieran aceptado en Clínica Condesa, mejor me hubiera atendido allá, pero después conocí a la doctora (ME3) y me di cuenta que toda la atención está muy bien aquí con ella y ahora ya vengo con mayor confianza...” (PVVs 22, 2014: ECS).

Por último, cinco testimonios afirmaron haber asistido al médico familiar quien, desde su perspectiva, incurrió en “malos tratos” y una actitud “agresiva”. Además afirmaron que a pesar de que en su mayoría se encontraban delicados de salud, el médico no brindaba una atención apropiada, pues no los “revisaba” y no ordenaba pruebas diagnósticas. Y a pesar de que se les brindaba tratamiento, este no les ayudaba para mejorar su estado de salud y por lo tanto consideraron que sus diagnósticos no eran “atinados”.

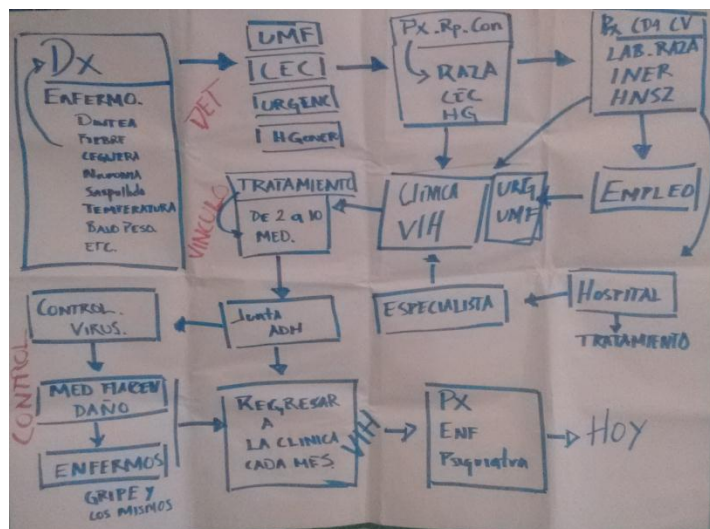
“Yo me sentí muy mal, presenté sangrados intestinales e inflamaciones de estómago muy fuertes, pero el médico familiar me bateo no me mandaba a hacer análisis y solo me decía que tenía colitis. De repente vi en la televisión una campaña y fue como me di cuenta que coincidían mis síntomas con lo que decían (...). Me dio hepatitis y mejor fui a “Similares”(…) ahí me hicieron las pruebas, (...) y llegue al HGZ.BD.IMSS

directamente a la Subdirección de Medicina Interna y ahí les comenté que necesitaba que me hospitalizaran y les entregue mis estudios”(PVVs 21, 2014: ECS).

Así es como se hizo evidente que la mayor parte de las personas que recibieron de forma externa el diagnóstico lo hicieron para acceder al servicio de salud de una manera más pronta o sin tener que experimentar las barreras del consultorio de medicina familiar. Todos afirmaron que una vez que llegaron al IMSS diagnosticados por un servicio externo, llegaron a medicina interna o la Clínica de VIH en donde han continuado su atención desde entonces. Lo cual se hizo más evidente cuando comentaron que sólo una persona de trece informantes, que se diagnosticaron de forma externa, ha regresado a medicina familiar, con el propósito de brindar un resumen sobre su diagnóstico. El resto manifestó que no han tenido necesidad de regresar a este servicio, afirmando dos aspectos: En su mayoría comentaron que no es necesario regresar debido a que la ME3 ha logrado cubrir sus necesidades de atención, cuatro personas afirmaron que no regresaron debido a la posibilidad de que se les brinde maltrato en ese servicio.

Respecto al segundo flujo continuo de atención (11 personas quienes se diagnosticaron en el IMSS), siete personas comentaron que han sido “canalizados” por medio de medicina familiar, dos personas comentaron que habían sido canalizados por medio del servicio de urgencias y dos personas afirmaron haber sido detectada en consultorio de VIH debido a que su pareja había sido diagnosticada y la ME3 insistió en que se realizara la prueba de Elisa y Western Blot. En el caso de las personas que fueron diagnosticados por medio del servicio de urgencias, ambos fueron hospitalizados y el ME3 de la Clínica de VIH subía a “piso” (hospitalización) para brindar atención a ambos. En el momento del otorgarles el “alta” hospitalaria, se les brindó la “canalización” de forma directa a la CLVIH.HGZ.BD.IMSS.

Imagen 21: Camino a la Salud realizado por Médicos Familiares.



Interpretación del Ejercicio: “Entre nosotros nos costó trabajo hacer el ejercicio por que nos pasaron muchas cosas muy diferentes, pero tratamos de poner en la

“lamina” todo lo que se dijo. Mira en primer lugar estábamos enfermos (...) de ahí fuimos a la prueba, pero algunos de aquí comentan que fueron a otras clínicas como la “Condesa” porque su médico familiar no les hacía caso, yo si le exigí a mi médico familiar la prueba y le dije: que si no me iba a Urgencias (porque tampoco me quería mandar), pero bueno, yo si me la hice aquí y me mandaron a “detección” o así me dijeron que se llamaba (...) para la prueba, a los de aquí del IMSS, nos mandaron a “La Raza”, de allá nos mandaron directamente a la Clínica de VIH, pero a los que diagnosticaron en otros servicios los mandaron con su médico familiar y él los mando a hacer todo lo que nosotros ya habíamos hecho, jejejeje (...), bueno no a todos algunos se fueron directo a la Clínica de VIH, pero por que “ésta” se salta todos los procedimientos y las trancas si puede, jejejejeje, la Dra. (...) nos mando los tratamientos a alguno de 2, de 3, de 10, pastillas, pero porque “depende” no? (...) bueno dice él que eso es “vinculación a tratamiento” otros dicen que el término correcto es “retención” yo digo que ahí es donde empiezan las “chingaderas” porque por lo menos yo pase por 2 esquemas para que me “atinaran”, jajajajaja (...) De ahí para adelante es Clínica de VIH, por que si uno quiere ir a otro servicio le dicen a “una” que no que nosotros somos pacientes de VIH, luego hasta la doctora nos manda con hoja (resumen clínico) y no nos quieren atender por que según somos pacientes de la Dra. (...) (Clínica de VIH), y la verdad yo no pienso regresar con el de medicina familiar por que es un %&\$%&#, (...) “como quien dice” sé que es una persona y no tengo nada contra él pero la verdad no sabe nada, no te revisa, te hace caras y para que te termine mandando “naproxen” y te “canalice” con otros médicos, y digo canalizar por que lo que hacen aquí no es “referenciarte”, como ellos dice (los prestadores de servicios), literal parece que te meten a un tubo y te echan al canal, a la deriva, y se desentienden. (...)” (PVVs. 2014: ECS).

Ocho de los testimonios que afirmaron haber sido diagnosticados en el servicio de Medicina Familiar, 2 personas afirmaron haber tenido una excelente experiencia con su médico, pues comentaron que tanto la atención como el diagnóstico fueron apropiados y ayudaron a mejorar su estado de salud, por lo que se encontraron agradecidos:

“Yo pensaba que estaba como intoxicado, sin embargo el médico familiar me dijo que se trataba de una micosis y de un Sarcoma de Kaposi, por lo que resultaba ser muy importante que me hiciera la prueba de VIH/sida, ella me la mando a hacer y ella misma me dio el diagnóstico y el “pase” para ir con la Dra. (ME3), quien me dio cita casi de forma inmediata, cuando la Dra. (Médico Familiar) me explicó de lo que se trataba, yo quede súper agradecido, porque realmente me sentía perdido y muy deprimido, pero me inspiró confianza y me dijo que me iba a tender si actuaba lo más rápido posible,” (PVVs 08, 2014: ECS).

Ambos pacientes comentaron que tenían una opinión bastante buena de la actuación de su médico familiar, sin embargo, sólo uno ha regresado con él, la razón de su regreso fue para brindar una hoja de resumen sobre el diagnóstico final, después de eso ya no volvió a regresar a este servicio, debido a que en la Clínica de VIH con el ME3, se han cubierto todas sus expectativas, además de encontrar comprensión y respuestas para mejorar su estado de salud.

Seis testimonios comentaron sobre un “maltrato” de parte de los médicos familiares al momento de enfrentarse con la posibilidad de un diagnóstico por VIH/sida. Estas personas afirmaron que los médicos familiares únicamente se limitaron a canalizar a los pacientes cuando éstos se los solicitaba o llegaban muy enfermos, en su mayoría con síntomas como diarreas, fiebres, pérdida de peso y neumonías. Varios informantes tuvieron la percepción de que los médicos no respetan los derechos de las personas,

además afirmaron que no hay reuniones o juntas para brindar información sobre estigma y discriminación “no nos dan herramientas para defendernos” (PVVs 08, 2014: ECS).

Los participantes también comentaron que existían malos diagnósticos y tratamientos, debido a que el médico familiar no tenía el conocimiento apropiado. Fueron recurrentes comentarios como “me tuve que poner pesado”, además otros comentaron que tuvieron que asistir con autoridades o superiores inmediatos de los médicos familiares para poder ser canalizados a la Clínica de VIH/sida. Uno de los participantes afirmó que el médico familiar:

“Salió a buscar a sus compañeros para preguntarles que podía hacer, lo peor fue que me di cuenta de todo porque los comentarios se escuchaban hasta adentro del consultorio. Lo que me hizo sentir mal realmente no fue que dijera que no sabía nada de los casos en el hospital porque nadie los informa, ni que se limitó a darme un pase abierto para urgencias y me dijo que ella no me podía atender, sino los insultos que decían con sus compañeros sobre mí, afuera del consultorio y que se rieran a mis espaldas con las “viejas” de trabajo social. Obvio sólo fui dos veces y desistí mejor fui a preguntar a Medicina General, la jefatura y me dijeron que aquí en el HGZ.BD.IMSS, había una clínica de VIH/sida y me dieron un “pase” (PVVs 11, 2014: ECS).

Se podría pensar que esto sólo paso con los derechohabientes, quienes no laboran al interior del IMSS, sin embargo, se encontró un joven que al compartir su experiencia, afirmó que labora en esta institución con antigüedad de cinco años y que fue diagnosticado al momento que le realizaron la prueba para incorporarse a trabajar al instituto en el “Hospital de Traumatología y Ortopedia del IMSS”. Cuando esto sucedió al ser hijo de trabajador, le respetaron la plaza, pero lo enviaron a Medicina Familiar en donde trabaja su madre como médico. Cuando el médico familiar lo recibió, éste le hizo saber su diagnóstico a su madre sin su consentimiento, debido a que ambas eran buenas amigas (PVVs 11, 2014: ECS).

Todos estos testimonios fueron congruentes con una reciprocidad entre las acciones que los médicos explicaron durante el ejercicio de “camino a la salud” respecto al continuo de atención. Se pudieron visibilizar acciones que en lo sucesivo configuraron una acción y reacción recíproca que permitieron identificar que la interacción médico/pacientes si ha modificado el flujo continuo de atención al interior del HGZ.BD.IMSS. Esta interacción correspondió con la intersubjetividad anteriormente expuesta (por las metáforas) y además se expresó en un continuo de atención que ha sido una obra de composición del cumulo de acciones individuales.

V.1.4. La interacción médico/paciente en el HGZ.BD.IMSS

Tal como lo afirmó Goffman, durante toda la recolección de información se pudo apreciar que compartir una identidad social, ya sea ocupacional o funcional, no convierte a un grupo de individuos en un ente colectivo. Tanto médicos familiares como pacientes han demostrado, durante esta recolección de información, la diversidad de opiniones, experiencias y objetivos que han sido verdadas de forma individual, lo que no quiere decir que el conjunto de las metáforas y las acciones que ambos

agentes realizaron no haya construido una intersubjetividad y a su vez una interacción social (Goffman, 2006).

Todos los testimonios hicieron referencia a un antecedente intersubjetivo que configuró las expectativas de cada uno de los agentes. Las metáforas simbólicas adquirieron relevancia para comprender las acciones en el medio institucional, pues esto ha resultado determinante para la modificación del flujo continuo de atención que se ejecuta en la vida cotidiana del hospital, mismo que no se ajustó a los procedimientos habituales de atención para todos los derechohabientes del instituto.

Las metáforas indicaron una intersubjetividad que ambos agentes han construido al momento de la consulta (ocasión frente a frente) en donde cada uno de los agentes informantes ya han actuado. Todos los comentarios retrataron acontecimientos que hicieron referencia a un encuentro cara a cara que en lo sucesivo han moldeado las decisiones y acciones que ambos agentes han realizado. El análisis de los personajes típicos metafóricos han brindado la posibilidad de acceder a un sentido subjetivo legítimo en el entorno, es decir, brindaron la oportunidad de identificar el marco intersubjetivo en el que se encuadran las acciones recíprocas.

Los médicos familiares por su parte reconocieron que el personaje típico “paciente” en el hospital tuvo como antecedentes una metáfora que se caracterizó por mirar a los derechohabientes como poseedores de características físicas y comportamentales desacreditables debido a que fueron enfermantos. En esta metáfora reside el “estigma” al que han sido sometidos no solo las personas viviendo con VIH/sida, sino todos los derechohabientes del hospital.

El estigma latente está relacionado a la metáfora de los “pacientes”, por lo tanto podemos afirmar que el estigma relacionado a las personas viviendo con VIH/sida fue derivado y una variedad más de ese estigma. Los médicos familiares reconocieron que la existencia de un estigma se ha encontrado presente para todo aquel que se ha atendido en la institución, pero al hacer el comentario “según el sapo es la pedrada” los médicos familiares aseguraron que no es lo mismo tener diabetes que tener VIH/sida, lo que quiere decir que ha existido una escala de categorización según los padecimientos a los que se enfrentaron en su práctica médica⁴⁸. Es evidente que para ellos las metáforas sobre las PVVs se encontraron asociadas a comportamientos sexuales enfermantos, mismas que algunos médicos familiares, por su experiencia o principios morales, no estarían dispuestos a enfrentarse.

También se pudo apreciar que aunque algunos médicos familiares estén de acuerdo en atender PVVs, todos sugirieron que la acción más conveniente ha sido la referencia de estos pacientes a la Clínica de VIH, construyendo un flujo continuo de atención que contraviene a los procedimientos habituales para

⁴⁸ Esto brinda elementos para pensar que resulta sumamente importante una investigación sobre la categorización y jerarquización del estigma asociado a los pacientes y sus enfermedades en el ámbito médico.

todos los derechohabientes. Este fenómeno ha estado determinado por la necesidad de que los médicos familiares delimiten cada vez más el universo de pacientes que asisten a su consultorio (política anti-brillo). En este sentido sería prudente pensar que sin la eliminación de éste estigma raíz genérico, la eliminación del estigma asociado a personas infectadas por VIH resultaría muy difícil.

Sin duda esta estructura de interacción ha sido ampliamente conocida por los pacientes, pues como ellos mismos refieren al encontrarse en la Clínica de VIH “no consideran necesario regresar al primer filtro de atención”, por lo que estarían de acuerdo en continuar en ese servicio de forma permanente, aunque no todos estén conformes con la atención proporcionada. Para las personas viviendo con VIH/sida esto quiere decir que para ellos resultaría inconveniente regresar al consultorio de medicina familiar debido a que sería un retroceso en la atención que se les esta proporcionando.

Se ha tratado por lo tanto de una interacción estigmatizada entre médicos familiares y pacientes que ha estado caracterizada por acciones sociales de exclusión e inclusión intencional, que no están sólo restringidas o asociadas al estigma por VIH/sida, sino que están asociadas a la interacción imperante de manera general entre médicos y pacientes. Esto quiere decir que todos los pacientes, dependiendo la enfermedad que se trate, se enfrentaron a esta interacción de exclusión/inclusión en las unidades de medicina familiar.

Como recomendación, se debieran tomar precauciones cuando se trate de investigar el término de estigma, asociado únicamente a las acciones de un grupo de pacientes (diabético, renal, etc.), dentro del seguro social, pues podría correrse el riesgo de asumir que el estigma es particular de ese grupo, cuando la problemática podría estar permeando la atención en todo el instituto. Sin embargo, sí es pertinente describir las características particulares que el VIH/sida ha abonado esta interacción estigmatizada presente en el hospital, aspecto abordado en el siguiente apartado.

V.2. EL SISTEMA DE INTERDEPENDENCIA MÉDICO/PACIENTE EN EL HGZ.BD.IMSS

Tanto médicos familiares, como pacientes han estado produciendo y reproduciendo personajes a manera de metáforas que les han ayudado a actuar su papel en la institución que converge en esa acción social calculada llamada “*atención integral*” que ha involucrado la prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y monitoreo; y en el que los agentes han sido capaces de interpretar (actuar) un papel (identidad), de la manera en que fuera más benéfico a dos tipos de fines: uno a nivel individual y otro a nivel institucional. Ambos agentes han interpretado sus acciones tratando de emular las características de la identidad social que estuvieron actuando, es decir, dominaron su cuerpo y su carácter para la interpretación de la identidad que les fue asignada ya sea para la provisión o el acceso a *la atención integral*.

Así es como se ha construido la vida cotidiana dentro del HGZ.BD.IMSS, que no ha estado totalmente determinada por la estructura o funciones institucionales de los agentes, sino que se ha construido a la par de la interacción de ambos agentes. En esto consiste la intersubjetividad, los papeles que ambos agentes interpretaron, tuvieron que ser convergentes y divergentes, dando como resultado una interdependencia que ha confluído en la *atención integral*.

Los médicos familiares dentro del hospital se han convertido en un filtro primario para la provisión de la atención integral en salud quienes estiman o desestiman los cuadros clínicos de los pacientes a partir de sus conocimientos, experiencia y sus herramientas institucionales, esto con el propósito de decidir de forma totalmente consciente quien tiene acceso a otros servicios especializados dentro del hospital.

De acuerdo con los testimonios y el flujo continuo de atención que los médicos familiares nos han proporcionado, estos han realizado tres posibles acciones sociales durante la interacción: por un lado, diagnosticar el estado de salud de los pacientes, por otro lado brindar un tratamiento y por último referir a los pacientes con otro médico que les brindaría un diagnóstico, tratamiento y seguimiento especializado para su estado clínico.

Por su parte y ante este contexto, los pacientes no han sido entes pasivos, sino que también han desarrollado estrategias para acceder a la *atención* y hacer frente a la acción de los médicos familiares. De acuerdo con el flujo continuo de atención brindado a las PVVs, éstas tienen maniobras diversas para conducir a su favor el actuar de los médicos familiares. Estas maniobras varían, dependiendo el momento de la interacción en que se pongan en práctica: por un lado hay quienes adopta un actuar agresivo o pasivo en el momento del encuentro (cita), también existen personas que ejercen una acción evasiva de la situación de interacción (consultorio de medicina familiar) y por último algunos ejercen acciones que agilizan el evento de interacción (consulta de medicina familiar).

Esto quiere decir que las acciones de ambos agentes han estado enfocadas en todo momento a la actuación que han creído necesaria para la provisión o acceso a la *atención integral* para la prevención, detección, retención, mejora o rehabilitación de su estado de salud. Así es como se ha podido afirmar que las acciones sociales en la interacción médico/pacientes en el hospital han sido interdependientes. Esto quiere decir que tanto las acciones sociales de los médicos familiares, como las acciones sociales de los paciente, han sido dependientes entre si y determinan de forma directa la atención integral. Siendo éste el tema del presente apartado, se buscaría caracterizar la obra institucional, la manera en que se ha modificado el continuo de atención hacia personas viviendo con VIH y el sistema de interacción interdependiente entre médicos y pacientes.

V.2.1. El obrar de los agentes involucrados en el continuo de atención

Cuando Boudon afirmó que en las instituciones no se podría hablar solo de sistemas funcionales, sino que se debiera considerar que dentro de todas las organizaciones existen interacciones (acción recíproca entre agentes), hizo énfasis en que la interacción ha sido parte fundamental de la organización de una institución, pues el actuar de los involucrados en las acciones recíprocas ha sido necesaria para dar solución a las demandas del agente (objetivo). En ésta característica de toda organización existe una paradoja, pues las acciones sociales sólo podrían adquirir sentido para los agentes cuando se han reflexionado, de lo contrario, al ser sólo acciones rutinarias con intencionalidad, pero sin propósitos claros, la obra puede desviarse del proyecto original de la institución. En esto ha consistido el reto de toda institución, pues la obra (servicio o producto) ha tratado de dar solución a las demandas de un tipo de agentes específico (cliente, usuario, paciente, alumno, etc.), dependiendo de acciones rutinarias, meras actividades que guían la acción del agente (ejecutor de soluciones) (Boudon. 1981).

A pesar de que se trate de profesionistas, como es el caso de los médicos, las acciones sociales rutinarias en ocasiones han dejado de tener sentido para los agentes ejecutores perdiéndose el propósito del obrar institucional. Sin embargo, las instituciones solo serían estructural y funcionalmente efectiva cuando cumplen con el propósito por el que han sido creadas, aspecto que solo puede deducirse a partir del análisis de sus obras sociales, y no solo por indicadores que señalan cumplimiento de sus acciones rutinarias, ya que el cumplimiento de meras actividades no es garantía de que el agente (objetivo) haya obtenido la solución a su problema social (Lukmann. 1996).

La consulta en el primer nivel de atención y específicamente en medicina familiar fue una interacción inmediata, regulada y con margen de acción autónoma en donde el médico y el pacientes pusieron en juego dialéctico sus papeles institucionales y su intersubjetividad, con el propósito de crear una *atención integral* apropiada para el estado clínico del agente objetivo, en este caso el paciente. Cuando ambos agentes estuvieron frente a frente, por ejemplo, en un encuentro dentro de la consulta, este intercambio pudo generar una afirmación del estigma o pudo ser motivo de una re-significación (reflexión respecto a las acciones rutinarias) que propiciara un cambio.

En este apartado nos interesa especialmente la influencia que los agentes ejercieron en el medio y en otras personas, es decir, nos interesó el “obrar”, la manera en que ambos agentes intervinieron en el mundo y en otras personas para brindar soluciones, en este caso, para incidir en la mejora del estado de salud del agente objetivo. Boudon, afirmó que así como el actuar tiene consecuencias directas e indirectas, el obrar también se reflejó en acciones y resultados con las mismas características (indirectas y directas). Las acciones directas del obrar fueron aquellas que coinciden en el espacio y tiempo de la

interacción, es decir, la atención proporcionada al paciente, que en lo sucesivo tuvo efectos laterales sobre el trato digno hacia las personas viviendo con VIH/sida (Boudon. 1981).

Por lo tanto, en el nivel del encuentro cara a cara los efectos indirectos, no han coincidido en el espacio y tiempo de la interacción, por ejemplo, la mejora en el estado de salud de las personas viviendo con VIH/sida, han sido analizados de forma secundaria como el propósito de los agentes. Para la investigación resultó sumamente importante el efecto lateral que tiene la obra institucional en su vertiente directa, es decir, la atención integral. En este sentido, nos interesó explorar las obras (el resultado del obrar que ha sido reflexionado por los agentes después de reflexionar el obrar directo) que se han producido en torno a la atención hacia las PVVs, en dos niveles: Por un lado la obra específica en torno a los pacientes en lo individual (atención integral por paciente) y por otro lado la obra de la interacción que ha tenido influencia sobre los entorno de atención (el flujo continuo de atención presente en el hospital).

Para el primer análisis fue necesario recurrir sobre todo a los testimonio de los informantes de ambos agentes y especialmente a las personas viviendo con VIH/sida, mismas que posteriormente se verificaron, con el apoyo de un médico residente que se encontró adscrito a la Clínica de VIH quien con expediente en mano, ayudó a contrastar el testimonio de los entrevistados con el historial clínico de cada uno de los paciente. De esta manera se generaron conclusiones sobre la atención integral proporcionada a cada uno de los pacientes entrevistados, y a continuación se presentaran los resultados obtenidos.

Entre las personas viviendo con VIH/sida se encontraron dos tipos de camino a la salud, por un lado, aquellos que se vincularon al servicio de salud realizándose la prueba diagnóstica en un servicio exterior, y por otro lado aquellos que ingresaron a la atención por medio de servicios internos del IMSS. Cabe mencionar que las características de la obra directa que arrojaron el primer grupo de testimonios fueron particularmente reveladores, sobre todo aquellos que afirmaron haber recibido un buen servicio en instituciones externas, pues proporcionaron información relevante para definir las cualidades del trato directo hacia personas viviendo con VIH/sida, ya que al ingresar o reingresar al IMSS se quejaron de la falta de servicios como consejería y grupos de pares.

Las trece personas que se diagnosticaron en un servicio externo al IMSS de manera general contaron con un camino a la salud mucho más sencillo que aquellas personas que se vincularon a la atención integral por medio de canalización interna en el IMSS. Esto se confirmó sobre todo ante la reducción considerable de obstáculos relacionados con los trámites administrativos y el tiempo de espera para ingresar al servicio de salud.

En aquellas personas que se diagnosticaron en un servicio externo al IMSS afirmaron recibir información, orientación, consejería, atención especializada, etc., respecto de tres etapas de atención

que fueran la detección, vinculación, tratamiento, seguimiento y monitoreo de su estado de salud. Sus necesidades de atención fueron cubiertas en un periodo de tiempo que osciló entre las 2 semanas y 1 mes después de haber recibido el diagnóstico, lo cual lo atribuyeron a la facilidad con la que ingresaron a la atención en Clínica de VIH y a que no tuvieron la necesidad de hacer escala en medicina familiar. Aseguraron que los médicos que los atienden en instituciones externas conocían la epidemia local (por lo menos la que se relaciona a la población que atienden), aspecto que desde su perspectiva los médicos familiares han desconocido. Además conocían otras instituciones especializadas en temas como derechos humanos, organizaciones de combate al estigma y discriminación, así como apoyo a la mejora de la salud por medio de tratamientos complementarios para mejorar la respuesta inmunológica de las personas.

Entre estas personas existen opiniones encontradas respecto al trato directo que han recibido a lo largo de la atención integral. Por un lado, seis personas comentaron que en caso de existir rechazo y maltrato, sólo se presentó durante el momento de atención correspondiente a la detección de la infección, posterior a ello, sólo una persona comentó que fue objeto de malos tratos en el consultorio de Clínica de VIH. En este sentido, el maltrato consistió en ser “grosero” mismo que se refirió a “muecas” e “insultos” de parte del personal médico. En términos generales la mayor parte de las personas que se diagnosticaron en un servicio externo estaban mayormente felices con el trato directo individual que se les proporcionó en esos servicios. Esto debido a que se les ha proporcionado información, orientación y atención que consideraron valiosa en cada una de las etapas del continuo de atención.

Por otro lado, la mayoría coincidió en que un maltrato se ejercía a partir de muecas o insultos, pero también cuando el médico no permitiera saber cuál es el diagnóstico de su estado de salud, no permitiera el dialogo de la persona hacia el médico, limitándose al llenado de la receta médica y al no realizar una auscultación del paciente.

De esta manera, los entrevistados afirmaron que se les brindó una buena atención debido a que se les proporcionó información sobre las pruebas diagnósticas, el tratamiento y el seguimiento, además afirmaron que han obtenido un diagnóstico de enfermedades oportunistas y aunque no hayan logrado desaparecer las enfermedades oportunistas o presentaron secuelas de esos padecimientos, afirmaron que se les proporcionó información sobre los procedimientos para acceder al servicio de salud de una manera rápida.

Por su parte las 11 personas que brindaron su testimonio y se diagnosticaron en servicios internos dentro del IMSS manifestaron que su camino a la salud ha tenido varios obstáculos. Comentaron que han tenido que realizar quejan con autoridades y solicitar audiencias con otras instancia burocráticas dentro del instituto, proceso que ha sido muy tardado contemplando entre 5 y 9 semanas. Las

principales razones por las que los pacientes decidieron recurrir a otras instancias dentro del instituto estuvieron relacionadas al rechazo de los médicos para tratar temas sobre sexualidad y argumentaron que existía una falta de conocimientos sobre la sintomatología asociada al VIH/sida y otras ITS, así como los derechos humanos de las personas.

“Yo recurrí a medicina general por que el médico familiar no me atinaba a lo que tenía, me mandó muchos medicamentos pero nunca se me quitó mi problema, cuando le pedía al médico que me revisara porque tenía verrugas en el ano, me decía que no me quería revisar. Además pedía que me hiciera algún estudio para saber lo que tenía, y se negaba, no había disposición por parte de él. Ya no digamos sobre temas de sexualidad, cuando le pedí que me comentara algo, terminó diciéndome que no estaba capacitado para hacerme ningún comentario” (PVVs 08, 2014: ECS).

Lo anterior encontró su excepción en aquellos pacientes que ingresaron por medio de urgencias, proceso que fue más veloz debido a que en caso de ser hospitalizados, el médico titular de la Clínica de VIH solía atenderlos en piso, lo que hizo más accesible el procedimiento. Esto es similar para el caso de las 2 personas que fueron diagnosticadas en Clínica de VIH debido a que su pareja sentimental ya se encontraba recibiendo atención, este proceso se tardó entre 1 y 4 semanas y tuvo varias recomendaciones sobre ITS, relaciones de pareja, métodos anticonceptivos, relación con los hijos y medidas de cuidado personal, etc. Todos estos temas fueron introducidos por parte del ME3 y las personas afirmaron que esa atención no se hubiera proporcionado en medicina familiar, pues por lo general sólo se tocan esos temas cuando se asocian a salud reproductiva (PVVs 15, 2014: ECS).

Para aquellas personas que fueron diagnosticadas o referidas desde el servicio de Medicina Familiar, el proceso para cubrir las necesidades de información, orientación, atención, etc., fue mucho más complicado, pues argumentaron que en su mayoría han tenido que realizar quejas y “presión” con las autoridades del hospital, acción que desmejoró su estado de salud y generó una mayor tensión y depresión entre los informantes. En su mayoría comentaron que los diagnósticos han sido inexactos e implican un desgaste mayor en su ánimo para vincularse al tratamiento. Algo en lo que coincidieron la mayoría de los informantes fue que a excepción de la ME3, no se les canalizó con otros especialistas que les proporcionaran atención, a menos que se tratara de un servicio hospitalario en donde el médico internista asumiera la batuta del caso.

Los entrevistados aseguraron que tampoco han podido escuchar las experiencias de otras personas viviendo con VIH/sida y que a pesar de que el ME3 en ocasiones ha proporcionado referencias sobre organizaciones e instituciones que brindan servicios de información adicional para mejorar el sistema inmunológico la acción de maniobra más recurrida de las personas ha sido intercambiar opiniones en la sala de espera, mientras aguardan su consulta con ME3, pues la Clínica de VIH no tiene espacios físicos como salones, para poder organizar una junta de intercambio (PVVs 16, 2014: ECS).

Con excepción de 3 personas, el resto aseguraron que sus necesidades inmediatas de información, orientación y atención sobre diagnóstico, tratamiento y seguimiento de su estado de salud han sido resueltos por el titular de la Clínica de VIH por lo que se han sentido con una mayor seguridad al ser atendidos en ese consultorio. Sin embargo, todas las PVVs expresaron continuar con problemáticas de salud que han tenido desde el momento en que les brindaron su diagnóstico, además la mitad de los testimonios reportaron varios cambios de esquema ARV debido a diversas problemáticas asociadas a la atención directa en el consultorio, aspecto que fue confirmado en expediente clínico.

Es común que los informantes comenten que al dejar de laborar y de tener la prestación del Seguro Social pueden tardar mucho tiempo en recibir su medicamento ya que los aspectos administrativos para cambiarse a otro servicio de salud como el Seguro Popular, suelen tardar entre 1 y 3 meses, lo cual ha repercutido en resistencia viral. Sin embargo, la mayor parte de las personas comentaron que la atención ha sido ampliamente “cómoda” en el consultorio de la Clínica de VIH, aunque en ocasiones el gran volumen de personas que se presentan a la cita puede ocasionar que no se les brinde el tiempo, el trato directo o el diagnóstico correcto a diversas enfermedades, sobre todo las que están relacionadas con efectos secundarios y enfermedades crónicas.

V.2.2. El continuo de atención integral en el HGZ.BD.IMSS

Cuando el médico familiar ha brindado atención a un paciente, ambos agentes forman parte de un sistema que tiene como propósito el cumplimiento de la protección de la salud. Es ineludible contemplar que en el transcurso del continuo de atención existan una serie de interacciones entre diversos agentes, mismos que debieran estar orientadas al cumplimiento de la obra institucional y otras a los fines individuales de los agentes.

Para Goffman han existido dos formas de aproximarnos a este suceso de interacción, por medio de un marco analítico reflexionado a partir de la experiencia de los agentes en la consulta, o por medio de la observación directa durante la cita o encuentro entre ambos agentes. En nuestra investigación se ha optado por el primer esquema de análisis y por lo tanto los resultados arrojaron las reflexiones de nuestros informantes respecto a la consulta. Una vez que ambos agentes han reflexionado la manera en que se desarrolló la consulta (interacción) en la cual se presentó un estigma latente, estos asumieron acciones que les ayudaron a re-direccionar el funcionamiento de la institución, generando de forma directa la modificación del flujo de atención integral hacia las personas viviendo con VIH/sida (Goffman, 2006).

Para Giddens estas acciones que re-direccionaron la estructura y su funcionamiento institucional han sido nombrados “formas de maniobra” es decir, actuar u obrar que le brindan una nueva forma a las organizaciones. A continuación se presentaron las formas de maniobra identificadas a partir de los

testimonio, mismas que han reorganizado de forma directa el flujo continuo de atención en el que los agentes prefirieron transitar (Giddens. 1993).

En primer lugar fue apropiado hacer énfasis en la situación institucional (consultorio y recursos) de los médicos familiares quienes al tener en sus manos la administración y seguimiento de ciertos recursos institucionales, éstos hicieron elecciones conscientes sobre el destino de los mismos. Para tomar decisiones sobre sus recursos los médicos se orientaron por su experiencia y por su moral, sin embargo, la atención hacia los pacientes estuvo determinada por los medios de los que disponen (uno de ellos fueron sus conocimientos, su experiencia, herramientas relacionales y las metáforas, etc).

De acuerdo con los testimonios de médicos familiares sus formas de maniobra fueron tres: En primer lugar, diagnosticar el estado de salud de los pacientes y delegar a la Clínica de VIH en el caso de HGZ.BD.IMSS, lo cual se corroboró al revisar en el expediente los resúmenes médicos, confirmándose que varios pacientes han sido enviados por el médico familiar. Otro recurso ampliamente utilizado por los médicos, fue el de brindar un tratamiento “paliativo” al momento que el paciente accedió a la consulta en medicina familiar; 14 testimonios señalaron que los médicos recurrieron a esta acción, pero en el expediente se apreciaron que únicamente 10 recetas médicas confirman esta situación, pues de acuerdo con el cuadro clínico de ingreso los medicamentos recetados no representaban una solución al cuadro clínico y solo coincidían con los síntomas, en tanto que otros 4 médicos si recetaron y recomendaron medicamentos y pruebas clínicas acorde al estado clínico del paciente al momento de su ingreso a la Clínica de VIH.

Algunos médicos si brindaron una receta con medicamentos para mitigar los signos y síntomas del estado clínico, pero ya se suponía la infección por VIH por lo que a la vez referían a los pacientes a otro servicio de salud. Sin embargo, no existe registro en el expediente sobre las maniobras de exclusión del consultorio de medicina familiar, solo el dato de que los pacientes no han regresado a medicina familiar, pues la mayoría no han tienen hojas clínicas para ese servicio (entre los informantes sólo se encontró un expediente con hojas clínicas para medicina familiar). Solo se pudo comentar que ocho informantes contaban con diagnósticos u hojas clínicas de otros servicios de salud. Las formas de maniobra no suelen dejar evidencia de su ejecución, sin embargo se pudo corroborar el resultado final de éstas, corroborando en términos generales que las personas viviendo con VIH no regresan a medicina familiar, pues en los expedientes hay una ausencia de resúmenes clínicos realizados por medicina familiar, prácticamente en todos los expedientes revisados.

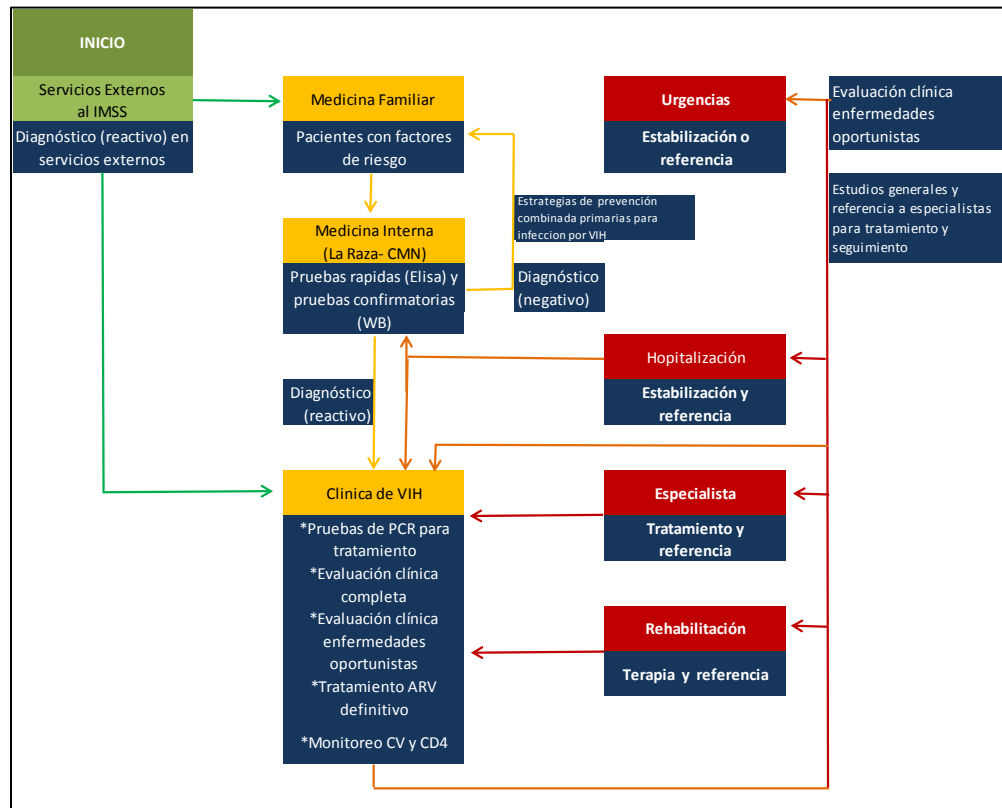
En los testimonios se pudo identificar que la diferencia de las formas de maniobra entre médicos y pacientes, se limitó por el tipo de adscripción institucional de cada agente. Los médicos familiares al estar contratados directamente por la institución y al manejar recursos materiales e infraestructurales a los que están normativamente circunscritos, limitaron sus formas de maniobra al marco de la

interacción de la consulta, en tanto que los pacientes tuvieron la posibilidad de acceder a recursos externos a la interacción presente en el consultorio de Medicina Familiar, siendo posible acceder no solo a otros servicios dentro de la institución, sino como ya hemos visto, a servicios de salud externos al instituto.

Ante este contexto, los pacientes no fueron entes pasivos, también desarrollaron acciones de maniobra para acceder a la *atención* y hacer frente al marco de interacción presente en el hospital. De acuerdo con el flujo continuo de atención brindado por los pacientes las personas viviendo con VIH, tuvieron tres “formas de maniobra” para conducir o evadir el actuar y obrar de los médicos familiares, mismas que dependen el momento de la interacción en que se pongan en práctica: Por un lado hay quienes ejercieron un actuar en el momento del encuentro (cita), los pacientes actuaron mostrándose afines a las metáforas que los médicos familiares expusieron en la consulta, es decir, actuaron de forma “resignada” con el médico aceptando sus indicaciones, por el contrario, si los pacientes tuvieron una resignificación sobre esas mismas metáforas, podrían actuar en concordancia al nuevo significado metafórico, es decir, actuar de manera “enojada” o agresiva. Esto propició dos reacciones, por un lado los médicos familiares pudieron reflexionar su experiencia de atención hacia personas viviendo con VIH/sida y también fue probable que prefieran excluir a los pacientes de su consultorio.

Existieron personas que ejercieron una acción de maniobra para evitar la situación de interacción (consultorio de medicina familiar), esta modalidad de acción fue la que pusieron en práctica aquellas personas que prefirieron acceder a un servicio externo con el propósito de ser enviados a la instancia de medicina interna o infectología en otra institución o en otro hospital dentro del IMSS. Esto aplicó también a los servicios especializados como psicología, trabajo social o nutrición. Algunas de estas personas expresaron que en el IMSS no se incentivaron los intercambios de pares, la generación de liderazgos para la implementación de acciones de prevención primaria y secundaria, servicios de consejería, nutrición, etc., por lo que ellos han tenido que acceder a servicios similares externos al HGZ.BD.IMSS. Al respecto afirman que únicamente se han brindado “juntas de adherencia” en donde el ME3 expone aspectos muy técnicos de los medicamentos, efectos secundarios y recomendaciones sobre su ingesta, pero en donde no se propicia el intercambio de opiniones, ni la organización de base social, como se hizo en otros servicios de salud como la Clínica Especializada Condesa (PVVs 05, 2014: ECS).

Imagen 22: Diagrama del Flujo Continuo de Atención en HGZ.BD.IMSS, hacia PVVs diagnosticadas en servicios externos.

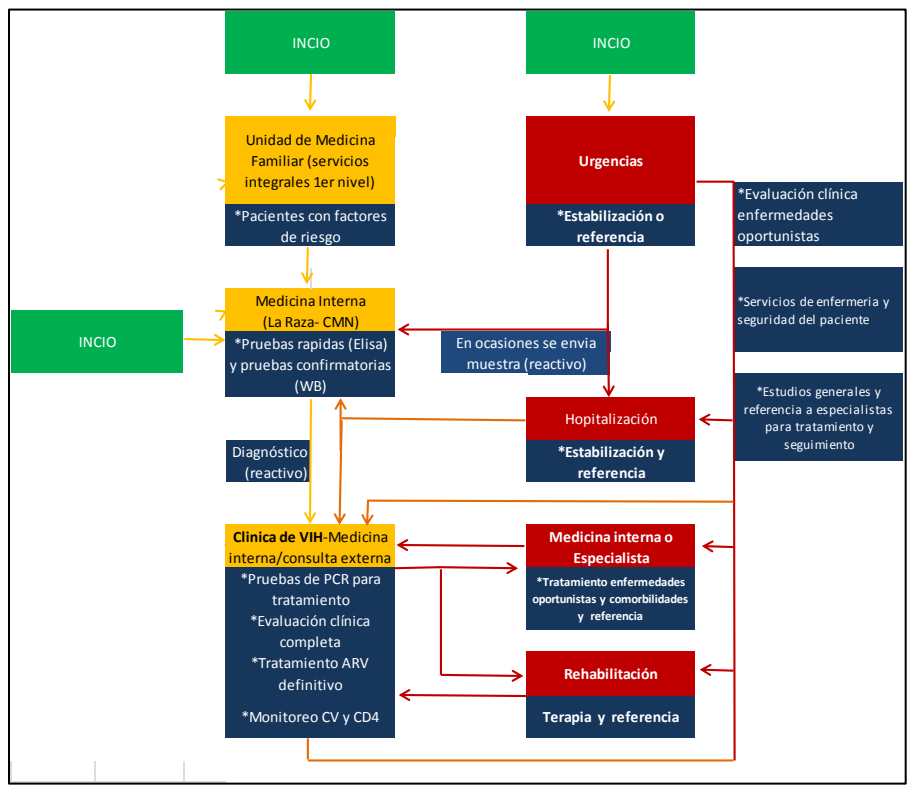


Nota: Imagen desarrollada a partir de testimonio del ejercicio “Camino a la Salud”.

Otros pacientes ejercieron acciones para agilizar el evento de interacción (consulta de medicina familiar); la maniobra de estas personas estuvo relacionada con el acceso a otras autoridades o instancias dentro de la burocracia del servicio de salud. Existieron por ejemplo personas que ante la negativa de los médicos familiares comentaron haber realizado gestiones con la jefatura de medicina familiar o incluso en la Dirección General del Hospital, en donde han solicitado su cambio de servicio de salud al interior del instituto y han tenido la oportunidad de acceder al apoyo de otras Organizaciones de la Sociedad Civil o instituciones como la Comisión Nacional de Derechos Humanos, en donde se ha tenido que solicitar la rendición de cuentas del IMSS, debido a que esta información no se pública (PVVs 11, 2014: ECS).

Más recurrida fue la maniobra de auto-exclusión del servicio de medicina familiar, con el propósito de mantenerse en el servicio de la Clínica de VIH. Esto lo realizaron todos los pacientes una vez que fueron incluidos en el servicio. Sin duda esta maniobra fue la que más abonó a la modificación del continuo de atención integral, debido a que resultó en una importante modificación de la atención integral hacia PVVs.

Imagen 23: Diagrama del Flujo Continuo de Atención en HGZ.BD.IMSS, hacia PVVs diagnosticadas en servicios del instituto.



Nota: Imagen desarrollada a partir de testimonio del EJERCICIO “Camino a la salud”

En conclusión, la mayor característica del continuo de atención tal como ha sido su resultado a partir de la interacción estigmatizada latente estuvo articulada por una serie de maniobras basadas en una exclusión e inclusión de ciertos servicios intra y extra hospitalarios. En tanto que los médicos familiares prefirieron incluir a los pacientes en la Clínica de VIH/sida, a la vez se auto-excluyeron de la provisión del servicio hacia estas personas. Por su parte los pacientes una vez que fueron excluidos del servicio de medicina familiar, decidieran ya no regresar al mismo, ya que bajo estas condiciones consideraron poco necesaria esta atención. Esto además de contradecir los procedimientos normativos de atención integral del IMSS, ha moldeado y cambiado el sistema interactivo del servicio de salud hacia las personas viviendo con VIH/sida en el cual se pudo apreciar el desarrollo de una nueva interdependencia en que la Clínica de VIH desarrolló una mayor carga de trabajo, sobre todo en términos del cumplimiento de las necesidades de los pacientes y el tiempo en el que éstas han sido cubiertas.

V.2.3. El sistema de interdependencia en el HGZ.BD.IMSS.

En el carácter recíproco de los papeles institucionales y el interjuego subjetivo de ambos agentes, existió una dependencia dialéctica. Esto quiere decir que en el término de interdependencia se encontró implícita la reciprocidad entre agentes, lo que sugirió que a una acción siempre existiría una reacción, pero entre ambas nunca sería claro el principio y el fin de dicha reciprocidad pues estaría determinada a partir de la intersubjetividad que daría origen a la relación dialéctica. Resultaría por lo tanto sumamente improductivo pensar que la acción de un agente necesariamente fue producida por otra y viceversa, pues la dualidad del fenómeno social que nos ocupa no podría pensarse desde la parcialidad de un agente o teniendo como explicación sólo la acción de uno de ellos.

Ante esta afirmación, sería evidente que sólo se puede llegar a una conclusión enfocándonos en la obra que el sistema y la interacción debieran producir. Las acciones de los médicos familiares, en muchos sentidos dependerían de las acciones de los pacientes y viceversa. Para caracterizar el sistema de interdependencia se tomó en cuenta tanto el resultado de los encuentros (cara a cara) como el efecto que éstas propician en la obra institucional (la atención integral hacia las personas viviendo con VIH/sida).

El análisis que aquí se presentó constó de la caracterización del sistema de interacción interdependiente imperante en el hospital, relacionado sobre todo a la acción y resultados del obrar directo (trato directo) en el continuo de atención. En tanto que en el encuentro cara a cara fue totalmente intencional por parte de los agentes, pero la obra directa del continuo de atención se moldea a partir de la suma de las acciones individuales, la interacción interdependiente no pudo ser intencional debido a que estuvo constituido por la suma de las interacciones. De esta manera se trata de un fenómeno de composición cuyos resultados no fueron intencionales por parte de los agentes pero que esta constituida por acciones individuales que impactaron el propósito de la obra institucional

Lo que ha ocurrido en el IMSS en materia de atención integral hacia personas viviendo con VIH, ha sido una serie de “agregados macro-sociales” que han modificado la interacción al interior de todo el instituto⁴⁹. Después de 1994, la Clínica de VIH, se diseñó como la introducción de una especialización de atención dentro del HGZ., lo que se ha comprendido entre los médicos familiares como una subespecialidad en el área de infectología, lo que implicó mayor capacitación técnica, aspecto que reconocieron en sus ejercicios de personaje típico.

⁴⁹ El primer agregado fue en sí misma la aparición de los casos de VIH/sida en los 80s, mismo que venía acompañado de los prejuicios sexuales asociados a la infección y a la enfermedad, entre los que han persistido la noción de la “población de riesgo” como aquellas que son homosexuales y la subsistencia de la noción de enfermedad terminal y mortal. Por aquellas épocas se comenzaron a realizar las reformas constitucionales y las leyes en materia de salud que recientemente (2011), han introducido en la Constitución la noción de Derechos Humanos y con ello el concepto de dignidad como fundamento jurídico. A nivel internacional se han firmado diversos pactos y tratados internacionales que sustentan los Programas Nacionales de Respuesta al VIH/sida.

Adicional a este aspecto, los médicos familiares imprimieron en sus ejercicios de “Personajes típicos” y “Camino a la salud” una división del trabajo profesional, administrativo y de atención; pues manifestaron que el consultorio de VIH, tenía el carácter de “Clínica” en el hospital, debido a que contó con presupuesto y servicios adicionales a los de medicina interna y familiar, es decir, ha contado con servicios de Trabajo Social, Nutrición, Psiquiatría, Enfermería; especializados en VIH/sida. Esto implicaría el manejo de recursos propios que estarían destinados expresamente para la atención integral de las PVVs, aspecto que los médicos consideraron suficientemente importante para no utilizar los recursos de medicina familiar.

En tanto que los médicos familiares reconocieron en la Clínica de VIH la posibilidad de brindar un servicio de atención integral por sí sola, la idea de que medicina familiar gaste cierto presupuesto y recursos propios de su área en la atención hacia las personas viviendo con VIH/sida, para algunos médicos familiares, resultó contradictorio e injusto. Posiblemente para justificar este aspecto en la vida cotidiana se utilizan las metáforas estigmatizantes sobre “pacientes” en general que se encontraron latentes en todo el instituto, pues cada una de las enfermedades y especialidades contemplan presupuestos específicos que se ejercen desde diversos servicios, en este sentido en el entorno de la Clínica de VIH y a las que corresponderían específicamente a las personas infectadas y enfermas se visualiza que:

“La verdad hay médicos que mandamos a los pacientes a especialidad debido a que existen indicadores de eficiencia que nos miden el costo-beneficio que tienen nuestra práctica médica en el área en que nos desempeñamos. Esto también es un elemento que determina la necesidad de enviar al servicio que le corresponde a los pacientes. Claro que existirán personas que lo hacen por convicciones personales, ya sea de experiencia con los pacientes y aspectos morales, pero este aspecto es también fundamental del servicio de salud” (Equipo 2, 2014: ECSMF).

Sin embargo, en la Clínica de VIH no han existido esos servicios que constituyen la atención integral, por lo que no han existido servicios especializados (más que un consultorio de infectología) dedicados específicamente a la atención de las PVVs, pues se trata de un consultorio que ha dependido de la infraestructura, recursos, procedimientos y normatividad del conjunto de servicios hospitalarios. Por el contrario la Clínica de VIH ha tenido que desarrollar condiciones de atención que le permitieron operar actualmente, integrando los avances en materia de prevención biomédica, tratamiento, de seguimiento de la infección, y respeto a los derechos humanos

En éste sentido, la clínica se ha convertido en un sistema de interacción interdependiente que ha dejado atrás su funcionalidad primaria, es decir, los fines con arreglo a normas por las que fue creada desde su contexto social e histórico. Este sistema interdependiente no opera como una clínica de servicios integrales, sino como un consultorio que depende de servicios intrahospitalarios, misma que atiende a las PVVs a partir de una acción social de “encubrimiento” que busca adaptar el entorno hostil presente

en el hospital a beneficio de las personas viviendo con VIH/sida. Los servicios especializados de atención integral se han encontrado pulverizados en las acciones individuales y recíprocas que forman un efecto de composición que determina la obra individual y social, que puede estar cercana o alejada de su normatividad.

El trabajo de campo nos arrojó que las interacciones interdependientes resultado de los encuentros cara a cara, dan cuenta de ello, pues en la clínica no se cuenta con ningún servicio de atención integral. Sin embargo, los agentes han estado conscientes de los resultados individuales que sus acciones tienen respecto al impacto que su actuar y obrar tienen en las personas infectadas. Esto ha representado para el consultorio de VIH del HGZ.BD.IMSS una mayor carga de trabajo que repercute en la atención integral, pues se han concentrado dos niveles de atención en un solo consultorio. Se atienden, por un lado, pacientes que han asistido para recibir el tratamiento antirretroviral (ARV); por otro, pacientes que han asistido para tratar enfermedades crónicas o accidentes que en ocasiones no están asociadas al VIH y por último, pacientes sin cita para recibir atención de enfermedades de temporada como diarreas o influenza estacional.

En éste entorno cada uno de los agentes vinculados a la interacción médico/paciente “echan mano” de los recursos y acciones que el papel y las metáforas les ha permitido cumplir con intencionalidades individualmente determinadas. Así es como en el hospital ambos agentes (médicos familiares y pacientes) se encuentran inmersos en un “interjuego” de decisiones y acciones en donde ambos tienen maniobras y que a la vez producen un cambio directo lateral sobre los esquemas de relaciones para la atención integral.

Esto tiene repercusiones claras en el trato directo, pues ha disminuido la capacidad de atención, el médico del consultorio de VIH no puede cubrir diversos servicios especializados, pero ha tratado de recetar medicamentos de todo tipo, por ejemplo para enfermedades de temporada, oportunistas, ARV y crónico degenerativas. Además ha brindado el seguimiento puntual a enfermedades crónicas, a pesar de que este aspecto ha llegado a complicarse para el ME3, ya que los procedimientos del IMSS y dependiendo la interacción con otros prestadores de servicio de salud, han existido momentos en que no ha podido ordenar estudios y pruebas clínicas para el monitoreo de ciertas enfermedades que involucran especialidades y atención ambulatoria en segundo nivel y primer nivel de atención, lo cual ha golpeado el indicador de eficiencia al interior del consultorio de VIH.

A pesar de todo esto los pacientes comentan que han luchado junto a sus familias, por darle un sentido positivo a su diagnóstico por VIH, acoplándose a los efectos secundarios de los medicamentos ARV y mejorando su estilo de vida. Sin embargo ante la recaída recurrente de algunas enfermedades crónicas, y de temporada este proceso se ha tornado atropellado y en muchos casos ha tenido como consecuencia el agotamiento anímico de las personas. Otro aspecto que se han podido apreciar es que

esta situación de exclusión/inclusión del consultorio ha impactado de forma indirecta la adherencia a tratamiento de algunas personas, varias personas comentaron que han intentado cambiarse de servicio de salud con el afán de encontrar una atención integral, sin embargo eso sólo les ha traído problemas de adherencia, pues suspenden el tratamiento ARV, pues comentan que su trámite es muy tardado y en ocasiones no les ha brindado el medicamento por fallas administrativas, aspecto al que se suma que no entre un servicio y otro no hay en existencia las mismas presentaciones de los medicamentos ARV y en ocasiones en el IMSS o ISSSTE puede llegar a haber “desabasto”. Bajo estas condiciones muchas personas han preferido quedarse en éste consultorio de VIH, para no perder la continuidad de su tratamiento.

Así es como la interacción interdependiente al interior del hospital lejos de manifestar la operación de una clínica de VIH con atención integral apegado a las disposiciones de un medio estructurado y funcional constituido desde la normatividad de la Respuesta al VIH/sida, ha mostrado una orientación guiada por la intersubjetividad de ambos agentes (médico/paciente), en que los esquemas estructurados con arreglo a normas institucionales pasan a ser secundarios, ante el desarrollo de un flujo continuo de atención característico de un consultorio con escasos de un continuo de atención integral y por lo tanto sin apego a las intervenciones del marco de “Salud, Dignidad y Prevención Positiva”.

V.3. LOS RESULTADOS DE LOS EFECTOS DE COMPOSICIÓN ASOCIADOS AL TRATO DIGNO

Aunque no cabe duda que los resultados de la interacción interdependiente de cada uno de los encuentros cara a cara serían sumamente importantes para un trabajador social, en tanto resultado directo de la acción social calculada, cualquiera que fuera su modalidad institucional llámese asistencialismo o intervención, no se puede negar que el resultado que nos atañe en la presente investigación fue su relación con el efecto de composición que impactó el trato digno en el continuo de atención integral hacia las PVVs.

En este contexto, resultó importante identificar: sí en el flujo continuo de atención desarrollado a partir del sistema interactivo en el hospital, retomó el principio de dignidad que vaya más allá del mero acceso gratuito a los medicamentos antirretrovirales; es decir, si las características de la atención real se ajustaron a un esquema de trato digno hacia las personas viviendo con VIH/sida. Sobre todo porque el concepto de dignidad desde su perspectiva filosófica y jurídica ha sido fundamental para la resignificación simbólica, para el reconocimiento de derechos de las personas viviendo con VIH y para el desarrollo de un esquema de atención integra en la epidemia del VIH/sida.

Desde sus inicios el concepto de dignidad ha sido una herramienta conceptual que ha permitido dar una respuesta social a la epidemia desde dos frentes. Por un lado, desde su concepción filosófica representó un “principio” de reivindicación social y simbólica a partir del cual las organizaciones de la

sociedad civiles han hecho un llamado a la sociedad en general y a los tomadores de decisiones para mitigar el estigma y la exclusión social. Por otro lado, desde su concepción jurídica, ha sido fundamental para consolidar el reconocimiento de los derechos de las personas infectadas y afectadas por el VIH/sida, siendo ampliamente utilizado para articular el esquema de atención integral en servicios de salud que manifiestan apearse al enfoque de los derechos humanos.

En este capítulo, primeramente se realizó una interpretación de las características del flujo de atención, obtenido los efectos de composición respecto al trato digno, enfatizando la importancia del análisis apegado al continuo de atención en el servicio de salud de Medicina Familiar del IMSS. De esta manera resultó indispensable cerrar este capítulo con la comparación del sistema de interacción interdependiente y su influencia para obstaculizar o propiciar el desarrollo de los componentes de trato digno y su estado actual en el hospital. Se realizó un análisis singular del enfoque de SDPP y sus componentes con las características del sistema de interacción interdependiente en el flujo continuo de atención. Esto nos permitió analizar las cualidades de la interacción entre los médicos y los pacientes encontrados en el HGZ.BD.IMSS, a la luz de los componentes de SDPP y las características de la estructura situacional del trato digno hacia las PVVs.

El sistema de interacción interdependiente construido desde el estigma latente que tuvo por principio la exclusión de las personas de Medicina Familiar, sin duda orientaron los recursos y las acciones de los agentes, afectando el trato digno, pues impactaron de forma directa a los pacientes, impidiendo la generación de condiciones mínimas de igualdad de oportunidades para generar habilidades que les ayudaran a proteger su salud, sobre todo en relación de la satisfacción de sus necesidades, el acceso a herramientas biomédicas y comportamentales para mejorar su estado de salud, a la participación de la implementación de nuevas acciones de prevención y el tiempo en el que las necesidades de salud fueron cubiertas.

A partir de este análisis se identificó cuáles fueron los elementos específicos del trato digno a partir del sistema de interacción interdependiente tal como se desarrollaría actualmente, pero también se pudo corroborar cuales fueron aquellos componentes y subcomponentes que se han descuidado bajo las condiciones actuales de la estructura situacional del sistema interdependiente. De esta manera se pudo identificar en qué consiste el actual flujo continuo de atención integral hacia las personas viviendo con VIH/sida y sus implicaciones sobre el trato digno, tal como se presentan en el marco de SDPP.

V.3.1. La estructura situacional de la interacción médico/paciente que influyen sobre el trato digno hacia las PVVIH en MF del HGZ.BD.IMSS

La herramienta conceptual “dignidad” desde su aspecto filosófico fue clave en los ochentas para las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC). Desde 1983, con los “Principios de Denver”, se ha utilizado el

concepto para la lucha al VIH/sida. Este concepto desde su perspectiva filosófica ha sido utilizado por las OSC para hacer hincapié en el reconocimiento de la calidad de “persona capaz de escoger de forma libre su estilo de vida”, sus seres amados y la manera de satisfacer sus propias necesidades de salud.

Esto implicó dejar de pensar en las personas como meros factores potenciales de nuevas infecciones o grupos que deben estar aislados o excluidos de ciertos beneficios de salud institucional; y pensar en seres humano racionales capaces de idear, pensar y desarrollar proyectos personales que les permitan tomar decisiones y orientar sus acciones. Estos proyectos dependen del libre ejercicio de su capacidad para auto-determinar sus acciones con base en su sentido subjetivo, es decir escogiendo formas de actuar y obrar para sí mismos, para otras personas y para entender y cambiar el mundo que los rodea. Desde esta óptica una “personas” dentro de una interacción (cara a cara) contaría con la oportunidad de tomar sus propias decisiones respecto a su forma de actuar y obrar, teniendo un abanico de alternativas de servicios integrales que le permitieran cubrir con sus necesidades en salud.

Dentro de la interacción interdependiente médico/paciente en el HGZ.BD.IMSS ha existido una visible desventaja de los pacientes para hacer efectivo el principio de autodeterminación y cumplir con el propósito del diagnóstico, tratamiento y monitoreo en salud. La palabra “atención” implica una acción unidimensional que adquiere sentido únicamente en el marco institucional asistencialista, indicando que uno de los agentes (ejecutante) brinda una acción sobre otro agente (objetivo). Es así como la interacción adquiere sentido únicamente en el marco de papeles institucionales, en las cuales los médicos y los pacientes actúan con base en roles asignados institucionalmente, por lo que, por un lado un médico tiene una seria ventaja de decisión y acción sobre el paciente, lo cual no ha impedido la acción autónoma.

La existencia de esta asimetría de conocimientos, recursos y experiencia les permite a los médicos proporcionar alternativas de salud a otras personas que no están “acreditadas” para decidir de forma autónoma sobre sus estados clínicos, sin embargo, en la ley, esto no les permitiría cancelar su derecho de auto-determinar las acciones más convenientes para mejorar su salud, de acuerdo con acciones que se adecuen a su personalidad y estilo de vida. Desde la normativa de la Respuesta al VIH/sida, la atención integral no debiera cancelar la posibilidad del paciente de tomar una decisión y acción de forma totalmente voluntaria y con pleno conocimiento de lo que implica el diagnóstico, tratamiento y monitoreo de su estado clínico.

Esta primera característica de abierta asimetría presente en la interacción interdependiente médico/paciente se vuelve aun más peligrosa cuando una persona pertenece de forma simbólica a una identidad desacreditable en el entorno social del servicio de salud, pues en un entorno institucional con estigma latente siempre se encontrarían en desventaja para lograr que esto sea posible. Tal como ocurre en el HGZ.BD.IMSS., la gravedad de que la metáfora de los “pacientes” se sostenga en un

interjuego subjetivo que avala un estigma latente que desacredita a las personas por su comportamiento sexual, implica que además de que las personas se encuentran en un evidente estado de vulnerabilidad ante el médico al momento de la consulta, podrían ser susceptibles de un trato directo que no les reconoce como personas capaces de tomar sus propias decisiones sobre su estado de salud.

Los pacientes son objeto de una “atención”, es decir una acción unidimensional, totalmente asistencial que podría ser reproducida incluso por aquellos trabajadores sociales cuya quehacer profesional no se encuentra subordinado a una lógica del cambio social. El hecho de que los pacientes debieran recurrir a maniobras individuales para acceder a servicios de salud, quiere decir que dentro de la interacción no existe la posibilidad de participar directamente sobre el tipo de atención y sus necesidades de salud. La característica de la interacción en que el paciente escoge recurrir a formas de maniobra para acceder al servicio, implica que la persona se encuentran en total conocimiento de que serán sometidos a un trato directo que implica una total incompreensión de sus costumbres, hábitos y formas de actuar y obra, por lo que se vinculan al servicio, bajo consigna de buscar entre los prestadores de servicio a alguien que brinde la atención que sea más conveniente para mejorar su estado clínico. En la interacción interdependiente singular del HGZ.BD.IMSS, no se ha reconocido la posesión de un bien intrínseco de la persona (dignidad) sino que los médicos familiares atienden con base en metáforas previas con arreglo a valores, que en el HGZ.BD.IMSS **tienen un efecto de composición de exclusión del servicio de medicina familiar.**

Dentro del sistema de interacción interdependiente en el HGZ.BD.IMSS, no se mira a los pacientes como un fin en si mismos. **En el sistema de interacción interdependiente que configura el flujo de atención, no existe el reconocimiento de la autodeterminación de la persona, por el contrario la ausencia de debitud entre los médicos familiares y los pacientes ha hecho muy complicada la generación de condiciones que procuren un bienestar durante el trato directo.** Es decir, no se ha buscado de forma institucional la posibilidad de que el paciente tenga un dominio personal sobre su propia vida, por el contrario, sólo se ha admitido su existencia a partir de los supuestos propios del estigma.

Se pensaría que probablemente esto no ocurra **en el consultorio de VIH** en donde los pacientes podrían sentirse mucho más comprendidos y alentados a continuar con la mejora de su salud. Sin embargo, **las personas viviendo con VIH/sida han referido que dentro de este servicio de salud no se ha rechazado su identidad sexual o su estado clínico, pero sí ciertas costumbres y estilos de vida sobre todo los que han estado relacionados a sus prácticas sexuales.** Esto quiere decir que dentro del consultorio de VIH los pacientes pueden apreciar una mayor comprensión para platicar sobre estilos de vida con prácticas sexuales diferentes a la heterosexual, sin que éstos fueran anulados o cancelados por el médico. De tal manera que las personas han preferido permanecer en este consultorio, aunque esto

haya implicado renunciar a diversos servicios como “trabajo social”, “nutrición”, psiquiatría”, “enfermería” a los cuales si tendrían acceso si regresaran a su consultorio de medicina familiar.

Bajo estas características de atención las PVVs se han enfrentado a un sistema de interacción interdependiente que tiene una característica señalada por Susan Sontag con el término de “ostracismo”, término que señala la característica implícita de la exclusión social de las personas viviendo con VIH/sida y las llamadas “poblaciones claves” para la epidemia:

“La transmisión sexual de esta enfermedad, considerada por lo general como una calamidad que uno mismo se ha buscado, merece un juicio mucho más severo que otras vías de transmisión, en particular porque se entiende que el sida es una enfermedad debida no sólo al exceso sexual sino a la perversión sexual. (Sin embargo) (...), los drogadictos que la contraen compartiendo agujas (...), los hemofílicos y los que reciben transfusiones sanguíneas, a quienes ninguna pirueta culpabilizadora puede achacarles (...); sufren idéntico ostracismo por parte de las personas temerosas, y representan una amenaza potencial (...)”(Sontag, 1988: 54)

El aislamiento es una característica más de la interacción médico/paciente en el hospital, cuya aplicación sistemática y rutinaria ha quedado confirmada y esquematizada como parte del flujo normal del continuo de atención del HGZ.BD.IMSS. Esta es una característica que precede a la posibilidad de un acto individual discriminatorio de los servidores públicos contemplado en la normatividad nacional y local. Esto quiere decir que aunque las personas viviendo con VIH/sida se encuentren más cómodas en este servicio del consultorio de VIH, eso no ha eximido de su responsabilidad a la institución, al no garantizar el cuidado del principio de “dignidad” durante el flujo continuo de atención dentro de la obra cotidiana institucional. Bajo estas circunstancias, las instituciones debieran ser cautelosas para garantizar las condiciones mínimas indispensables en las cuales las personas pueden acceder a un trato directo con dignidad y respeto de sus derechos como seres humanos.

De esta forma el actuar y el obrar de los agentes dentro del HGZ.BD.IMSS. no se encontraban bajo el cuidado minucioso de las condiciones de dignidad en debidad durante el flujo continuo de atención hacia las personas viviendo con VIH/sida, específicamente en la interacción médico/paciente en Medicina Familiar. No se ha vigilado la construcción de condiciones mínimas de interacción que busquen el reconocimiento del trato digno altero entre agentes, pues en el interjuego subjetivo y el flujo continuo de atención las PVVs no han sido el fin último de la atención.

De esta manera el trato directo en el flujo de atención integral hacia las personas viviendo con VIH, tiene un efecto de composición que se expresa en la desigualdad de oportunidades que las personas tienen para la generación de habilidades para mejorar su estado de salud. Esto se hizo evidente cuando se ha comparado la información proporcionada por los entrevistados y la evidencia en los expedientes, donde se confirmó que existen diferentes procedimientos de atención, sobre todo entre aquellas personas que han accedido a servicios externos de salud, quienes han tenido mejores experiencias en tiempo y servicios para mejorar sus cuadros clínicos, en cambio aquellas que no han

accedido a otros servicios de salud presentaron dificultades en servicios y tiempo de cobertura de sus necesidades para mejorar sus cuadros clínicos crónicos que han perdurado desde el inicio de su tratamiento, siendo recurrente que los procesos administrativos procuren complicaciones de adherencia al tratamiento.

Cabe señalar que con base en los anteriores testimonios se podría plantear que el efecto de composición de la desigualdad de oportunidades no parece ser único del IMSS, sino que al parecer podría replicarse en todo el Sistema Nacional de Salud, pues existen entre los testimonio diversos comentarios que apuntan a la segmentación del sistema como uno de los principales factores de la falta de adherencia terapéutica de las personas viviendo con VIH/sida⁵⁰.

De esta manera se concluyó que con base a la evidencia del sistema interactivo interdependiente y bajo el análisis de la concepción de dignidad se podría comprender dos aspectos fundamentales de la “atención integral”: Por un lado, sería importante poner más énfasis en las condiciones mínimas de interacción, sobre todo en el trato directo entre agentes, mismo que ha generado el aislamiento de las personas viviendo con VIH. Por otro lado, sería importante vigilar el flujo continuo de atención que determina el obrar directo institucional sobre la población objetivo, pues esto ha tenido implicaciones directas en la desigualdad de oportunidades entre las personas.

V.3.2. Descripción funcional y la estructura situacional de atención en el HGZ.BD.IMSS respecto del enfoque de SDPP

A lo largo de treinta años se ha desarrollado una serie de políticas, directrices y enfoques de respuesta al VIH/sida, que han buscado garantizar a las personas infectadas y afectadas un conjunto de componentes de atención integral, que buscan guiar el trato directo hacia las personas viviendo con VIH/sida a partir de los márgenes del concepto de dignidad. Este marco de atención está fundamentado en los principios de los derechos humanos, y ha sido resumido en el marco de “Salud, Dignidad y Prevención Positiva” (SDPP), que ha pretendido construir un escenario de implementación del trato digno. Este marco busca vincular y verificar el programa de respuesta que ya existente a nivel mundial, regional y nacional; con las necesidades de trato directo hacia las personas viviendo con VIH/sida (ONUSIDA, 2014).

El enfoque SDPP, fue presentado como un marco de directrices que contempló aspectos macro-sociales relacionados con la epidemia, también abarca aspectos relacionados con la atención integral a partir de siete componentes de la respuesta al VIH/sida, que logra presentar condiciones mínimas que constituyen el escenario de implementación del trato digno en materia de salud y prevención positiva.

⁵⁰ Aspecto muy importante que sería pertinente de investigar en un estudio posterior.

Sin embargo, la teoría dramática teatral de Goffman, ha mostrado que para la construcción de un marco o encuadre de implementación y vigilancia de la interacción, no sería suficiente la generación de componentes macro-sociales o directrices a manera de indicadores que tuvieran inferencia sólo en las actividades rutinarias y reguladas estructural y funcionalmente. Esto hay que considerarlo debido a que la atención integral proporcionada a las personas viviendo con VIH/sida ha estado influida por las interacciones existentes entre los diversos agentes en los servicios de salud, por lo que sería necesario incentivar el desarrollo de un marco analítico singular que contempla la descripción funcional y situacional de la atención integral hacia PVVs en el HGZ.BD.IMSS.

El HGZ.BD.IMSS ha sido una institución sumamente estructurada y normada, su funcionamiento contempló una infraestructura, procedimientos y reglas que han permitido a los agentes brindar un servicio que ha contemplado soluciones a los problemas de salud de sus derechohabientes. Sin embargo, la estructura situacional en que se realiza la interacción interdependiente médico/paciente en UMF del HGZ.BD.IMSS, contraviene los procedimientos estipulados por la normatividad.

Durante la interacción entre los agentes en el HGZ.BD.IMSS, los procedimientos, reglas, la infraestructura y la propuesta de atención integral de la Respuesta al VIH/sida; han sido guías para orientar el servicio de salud, sin embargo, se observó una discordancia entre los objetivos institucionales (funciones) y las acciones realizadas al momento de prestar el servicio (interacción). En Medicina Familiar, existió una interacción MF/P, estigmatizada latente que se expresa en una intersubjetividad que se manifiesta a partir de acciones de maniobra entre los agentes, misma que han modificado el obrar directo institucional en dos niveles de la atención integral, por un lado respecto a sus condiciones de interacción y por otro lado, respecto del flujo continuo de atención.

De esta manera para realizar el análisis singular de los componentes del Marco de Salud Dignidad y Prevención Positiva (SDPP), aterrizados al tema de la atención integral en el HGZ.BD.IMSS, se procedió primero a desarrollar una descripción singular del rol institucional que el instituto debiera asumir respecto de la atención hacia las PVVs, esto tomando en consideración sólo algunos principios normativos a manera de reflexión preliminar, pero tratando de hacer énfasis en los aspectos más importantes de la singularidad de la estructura normativa del HGZ.BD.IMSS:

Imagen 24: Descripción singular de la estructura funcional del IMSS, con base en el Marco de SDPP.

COMPONENTE	DESCRIPCIÓN SINGULAR
DERECHOS HUMANOS (DH)	Las leyes nacionales, locales y de provisión del servicio ya contemplan el cambio social a partir del empoderamiento para la reducción del estigma y la discriminación hacia PVVs, las poblaciones claves y público en general, esto se encuentra tipificado en la LFpPyED como estigmatizar y negar derechos, por lo que en términos del cambio se debe contemplar el fomento a una " atmosfera libre de estigma y discriminación hacia PVVs. "
	Los funcionarios públicos, de acuerdo con la LFRSP, deben procurar la vigilancia y monitorear de los derechos humanos , eso implica los datos personales y la confidencialidad de las PVVs. En el caso de la atención en servicios de salud y otros programas de índole local, los funcionarios públicos están obligados a denunciar por escrito toda violación a los derechos humanos y en el caso de la Ley del DF y la Norma Oficial se confirma que deben procurar la protección de datos personales, los cuales deben ser privados, confidenciales, además de que debe vigilarse cualquier otra violación a derecho humano.

COMPONENTE	DESCRIPCIÓN SINGULAR
EMPODERAMIENTO DE LAS PVVs Y SUS REDES DE APOYO (EMP)	La normativa nacional, local y del instituto, sobre todo la general de salud y el reglamento de ley contemplan el involucramiento significativo de las PVVs y sus redes de apoyo , debido a que estipula que los servicios de salud deben sentar las bases para facilitar diversas modalidades de participación social en salud cuya finalidad sea la prevención, promoción y protección de la salud.
	Estos programas deben estar enfocados al desarrollo de liderazgos de PVVs enfocado a la participación activa de las PVVs. En el caso de la Ley General de Salud y su reglamento se contempla que las instituciones deben promover y apoyar la creación de grupos y asociaciones entre los usuarios de los servicios, y en el caso de las PVVs, la Ley del DF en la materia, comenta que se debe fomentar la integración comunitaria a partir del desarrollo de Proyectos de fomento y promoción de la participación comunitaria
	Instrucción básica en conocimientos en derechos, salud y leyes dirigidas a PVVs. En el Art. 4o constitucional el derecho a la protección de la salud y en la Ley General de Salud contempla el fomento a la educación para la salud que tiene como finalidad fomentar la participación en estrategias de prevención y promoción de la salud. Esto se podría traducir en Programas Educativos para el fomento en la prevención primaria y secundaria

COMPONENTE	DESCRIPCIÓN SINGULAR
<p style="text-align: center;">PREVENCIÓN DE NUEVAS INFECCIONES (PV)</p>	<p>De acuerdo Ley General de Salud y la normativa del instituto se deben contemplar acciones de asistencia social como educación integral que promueve la responsabilidad compartida. Este aspecto se podría contemplar dentro de las prestaciones sociales del IMSS incluso dentro del paquete de Estrategias Educativas de Promoción a la Salud, en donde figuran otros aspectos importantes de la atención integral del IMSS.</p>
	<p>La normativa nacional y local, garantiza el acceso universal a tratamiento y a las tecnologías de prevención, incluido el medicamento como prevención. El IMSS fue la primer institución en México que garantizó el acceso universal a medicamentos ARV, para sus afiliados, además en la normatividad de la Ley General de Salud y la Ciudad de México se ha garantizado el acceso a condones y otras tecnologías de prevención para el diagnóstico certero para la prevención de ITS y VIH/sida y tratamientos como profilaxis.</p>
	<p>En la normativa y políticas nacionales (PND, PROSESA) Se garantiza el acceso a servicios de prevención sobre prácticas de riesgo, sexualidad y métodos de prevención para la infección por VIH, especialmente en la Norma Oficial se contempla la consejería, apoyo emocional, profilaxis, entre otras, como parte del servicio de prevención para la detección de VIH/sida</p>
	<p>En la Ley General de Salud, la atención Materno-infantil es considerada una prioridad a nivel nacional, por lo tanto el acceso a servicios de PTMI, están ampliamente difundidos en todos los servicios de salud, y en la especialmente en la Norma Oficial se pone puntual énfasis en la asesoría para informar sobre los riesgos de transmisión y tratamiento para prevención de la transmisión materno infantil</p>
	<p>En la normativa mexicana no hay una referencia clara respecto de apoyo para parejas serodiscordantes y acceso a tratamiento para prevención. Por ejemplo acceso a profilaxis post y pre exposición para las parejas en que uno de ambos cuenta con diagnóstico reactivo, sin embargo es ampliamente documentado desde el Art.4o constitucional la figura "familia". En la Ley General de salud, la Ley del Seguro Social y la Ley de Prevención y atención integral del DF, se menciona que es necesario brindar la atención, apoyo y acceso a tecnologías de prevención a los familiares de las PVVs, esto evidentemente contempla a los parientes cercanos, parejas y dependientes económicos</p>

COMPONENTE	DESCRIPCIÓN SINGULAR
IGUALDAD DE GENERO (IGG)	Desde la adhesión del concepto de protección a la salud en la constitución mexicana en los 80, se formalizó la provisión de servicios y acceso a estrategias bio-psico-sociales de prevención y tratamiento con enfoque de género , tal como violencia de género, programas de PTMI, que se encuentran respaldadas en el Artículo 4o constitucional y la Ley General de Salud. Más recientemente se ha abordado de forma local (DF) la salud de las personas transgénero, etc.
	El Artículo 4o constitucional comienza afirmando que "el varón y la mujer son iguales ante la ley", aspecto que ha fortalecido las acciones de empoderamiento con perspectiva de género y en el caso de las personas que viven con VIH en el Distrito Federal la ley en La materia comenta que la prevención y atención integral debe estar atendida a las disposiciones de la "Ley de Igualdad Sustantiva entre mujeres y hombres" misma que esta ampliamente relacionada con la creación de estrategias para el combate del estigma y la discriminación por cuestiones de género, además en 2015 se aprobó la modificación al Artículo 135o del Código Civil para abrir la posibilidad de cambio de identidad de género, por lo que se ha incentivado la participación de las mujeres y las personas transgénero en la provisión de servicios de salud.
	Desde la adhesión del termino de protección a la salud y los derechos humanos a la constitución se ha dado cabida a las acciones de combate de los determinantes sociales y legales que no permiten brindar una respuesta a la violencia contra las mujeres, HSH y personas transgénero que viven con el VIH, así como personas usuarias de drogas. Además existe una particularidad en la normatividad del IMSS pues contempla la "continuidad" de la atención que es transversal a los grupos etarios. Por lo que en la normatividad relacionada con la prevención y atención integral del VIH se cuenta con disposiciones que contemplan servicios enfocados a la atención y prevención en salud psicosocial entre grupos claves dela epidemia.

COMPONENTE	DESCRIPCIÓN FUNCIONAL
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SxYR)	Sexo, sexualidad y bienestar ha sido ampliamente discutido a partir de las disposiciones de la Ley General de Salud en materia de educación para la salud y la Declaración Ministerial para prevenir con educación (2008), actualmente se han incorporado contenido sobre sexualidad a nivel educación básica y el término de protección da la salud. En el IMSS se ha hecho una realidad la educación para la salud en programas de promoción para la salud, con enfoque de género y etarios , que involucra la provisión de servicios que respondan al ejercicio libre de la sexualidad por edad, sexo y género.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SxYR)	<p>Salud sexual, reproductiva es una prioridad desde la adhesión constitucional del concepto de protección a la salud y en la Ley General de Salud, por lo que a nivel nacional y desde políticas públicas avaladas por el PROSESA se ha incentivado la creación de programas y estrategias sobre planificación familiar, anticoncepción, apoyo emocional, alimentación, ITS, código matter, embarazo y PTMI etc.</p>
	<p>En torno a los derechos sexuales y reproductivos, la reforma constitucional 2011 los derechos humanos, la Ley General de salud en materia de planificación familiar, la Ley federal de protección de los derechos de las niñas, los niños y adolescentes, la la ley federal para prevenir y eliminar la discriminación, así como la Norma Oficial 005, y la Ley de Igualdad sustantiva en el Distrito Federal, se ha tenido un importante fomento funcional en la provisión de servicio de salud sexual y reproductiva libres de estigma y discriminación.</p>

COMPONENTE	DESCRIPCIÓN FUNCIONAL
PROMOCIÓN Y ACCESO A LA SALUD (PAS)	<p>La Ley General de salud hace la precisión de que la atención médica es un conjunto de servicios que permiten a los usuarios mejorar sus salud, entre estos servicios contempla la salud mental, promoción y prevención, asistencia social, etc. En ese sentido es que se plantea la atención y apoyo a PVVs reafirmandose también en la Ley del Seguro Social, con diversas prestaciones sociales entre las que se encuentra en el Código de conducta del IMSS, que garantiza del acceso a la orientación para la vinculación al servicio y las prestaciones en seguridad social integrales, así como trámites y servicios de salud correspondientes a cualquier derechohabiente.</p>
	<p>Acceso al tratamiento para PVVs. El acceso a tratamiento esta asegurado desde la Ley General de salud que contempla al VIH/SIDA como prioridad al formar parte de la lista de enfermedades transmisibles con vigilancia epidemiológica, prevención y control, cuando CENSIDA reconoce que el tratamiento es una estrategia de prevención combinada para mitigar la epidemia hace efectivo este principio. También la ley del DF en materia de VIH/sida, así como las disposiciones nacionales y el manual de atención de 1994 del IMSS, garantizan a las personas los medicamentos, estudios de monitoreo clínico y tratamientos de forma oportuna y previendo posibles complicaciones de salud. Además la Norma Oficial maneja una periodicidad de un mes para la atención y seguimiento del estado de salud de las PVVs, por lo que los Programas de prevención, tratamiento y seguimiento para PVVs, están ampliamente reconocidos en la legislación nacional.</p>

PROMOCIÓN Y ACCESO A LA SALUD (PAS)	<p>Aunque la Ley General de Salud maneja en diferentes apartados y capítulos el tema de promoción, prevención, control de enfermedades, educación para la salud y fomento sanitario, todos estos aspectos están contemplados como parte integral de los servicios de salud. por lo que es pertinente considerar que la prevención, diagnóstico y tratamientos de infecciones y enfermedades. Además en la Norma Oficial se contempla la prevención como parte de los esfuerzos de promoción de la salud contenidos en el Modelo Operativo de Promoción de la Salud y las Guías de prevención primaria y secundaria (Hoy Guía Nacional para la Prevención del VIH y el sida) del CENSIDA . Además en la Ley del DF se contempla la provisión de la atención médica contemplando el diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Esto quiere decir que este concepto engloba la prevención primaria y secundaria, el diagnóstico y tratamiento certeros para las diversas enfermedades oportunistas y comorbilidades en PVVs, lo cual contempla también enfermedades asociadas a ITS, Enfermedades de temporada, Enfermedades crónicas, efectos secundarios de los medicamentos y enfermedades relacionadas con la continuidad etaria.</p>
	<p>En el caso de la mejoramiento del servicio de salud. Alineado con el objetivo 2.3 del PND 2013-2018 y con los objetivos del PROSESA, el Modelo de Atención Integral de la Secretaría de Salud, que se alinea a la Meta: 2. del PND: México Incluyente, plantea en su objetivo 4. “Mejorar el modelo de atención a la salud., y por su parte el IMSS, en su “Programa Institucional” contempla la implementación de estrategias y acciones orientadas a modernizar el modelo de atención médica, para hacer más eficientes los procesos, reforzar la atención primaria, proteger la seguridad de los pacientes y mejorar la atención con calidad y eficiencia, implementado programas de mejoramiento del servicio y la salud de los derechohabientes, en este caso PVVs.</p>

COMPONENTE	DESCRIPCIÓN FUNCIONAL
APOYO SOCIAL Y ECONÓMICO (APyE)	<p>Desde su creación el IMSS ha tenido la misión de proteger el bienestar social de los mexicanos por medio de prestaciones financieras como pensiones, incapacidad, beneficios como guardería, defunción, etc., por esta razón en su normatividad contempla como parte de sus prestaciones sociales y económicas el acceso a prestaciones de bienestar social en especie como es el caso de la hospitalización, guardería, atención médica, etc.</p>

<p style="text-align: center;">APOYO SOCIAL Y ECONÓMICO (APyE)</p>	<p>Empleo y empoderamiento económico. El IMSS es un seguro asociado a la situación laboral de los mexicanos por lo que la empleabilidad es condicionante a la prestación de sus beneficios. Es decir se trata de un seguro asociado al empleo y no al revés, esto hace posible el empoderamiento económico de los derechohabientes por medio del acceso a prestaciones económicas en dinero como parte de una serie de servicios financieros en pensiones o cobro de incapacidades que se traducen en un beneficio económico.</p>
---	---

COMPONENTE	DESCRIPCIÓN FUNCIONAL
<p style="text-align: center;">MEDICIÓN DE IMPACTO (MIP)</p>	<p>Desarrollo de buenas políticas y adaptación de indicadores con liderazgo de PVVs. De acuerdo con el modelo que se esta promoviendo desde la normativa nacional y las políticas públicas relacionadas a la atención integral. las PVVs pueden ser avaluados ciudadanos en los servicios de salud y a la vez participar en la provisión de servicios como consejería, capacitación, grupos de autoapoyo, juntas de adherencia, entre otras, siempre que estos desarrollen indicadores con base en evidencia científica, por lo que se debería de promover la presencia de instituciones, OSC para la provisión y monitoreo de servicios sociales.</p>
	<p>Generación, aplicación y recursos para monitoreo y evaluación. La Ley General de Salud contempla que la prestación de los servicios deben de brindarse con apego a evidencia científica, por lo que se fomenta la investigación en salud. Lo que sería deseable en el marco del Modelo de Atención Integral para el cumplimiento del objetivo 4, mejora de la calidad de los servicios de salud en donde se contempla proyectos de rendición de cuentas, ejercicios diagnósticos y la evaluación de la mejora continua.</p>

V.3.3. El resultado sobre los componentes del trato digno hacia las personas viviendo con VIH/sida en el HGZ.BD.IMSS

En el hospital no se ha fomentado la participación social de las personas viviendo con VIH/sida, ni de asociaciones de la sociedad civil, ni la implementación de acciones de prevención combinada, ni apoyo de salud entre los derechohabientes del instituto. No se ha incentivado la generación de servicios para proveedores de cuidados como: consejería, grupos de auto apoyo, juntas de adherencia, para prevención de nuevas infecciones (enfocada por edad, sexo y género). Además en el hospital es nulo el tema del fomento a la participación de PVVs en talleres de empoderamiento, desarrollo de liderazgo, educación en salud, mejora continua, educación financiera, acceso a terapias complementarias, etc.

Esto se puede precisar debido al análisis funcional singular y haciendo visible la estructura situacional que se obtuvo del trabajo de campo con los testimonios de ambos agentes (médicos y pacientes). Esto nos permitió generar un marco analítico que contempla ambas dimensiones (descripción funcional y descripción situacional), mismo que se muestra en primer lugar, presentando ambas características enmarcadas en los componentes y subcomponentes de SDPP.

En segundo lugar, se presenta el análisis de los elementos singulares respecto de las momentos o etapas del continuo de atención que se confirmaron durante los testimonios de ambos agentes. Además se acomodan dentro del flujo de atención que se describió en el camino a la salud se identificaron tres etapas cruciales para cubrir las necesidades para la mejora y protección de la salud de los pacientes: **La etapa de detección oportuna: la etapa de vinculación, tratamiento y retención: la etapa de control y monitoreo.**

Cada una de las etapas contempló diferentes aspectos que impactaron los efectos de composición, mismas que se exponen a continuación. Los aspectos *encontrados* de acuerdo a los comentarios que se proporcionaron a lo largo de todo el trabajo de campo, se presentan bajo este marco de análisis que se relacionan con las dimensiones de condiciones de interacción, flujo continuo de atención y las etapas de atención integral. Cada una de las etapas del continuo de atención integral, incorpora los componentes y subcomponentes para configurar un “Marco de SDPP singular” a manera de “ítems” para el análisis sintético de la estructura situacional del instituto. De tal manera se pretende retomar este encuadre diseñado a partir de la estructura situacional singular del HGZ.BD.IMSS, como un marco para la evaluación del continuo de atención integral hacia las PVVs:

Imagen 25: Comparativo entre Descripción Funcional y Descripción Situacional del Marco de SDPP.

COMPONENTE	DESCRIPCIÓN SITUACIONAL	SUB-COMPONENTE	DESCRIPCIÓN SINGULAR	DESCRIPCIÓN SITUACIONAL
1. DERECHOS HUMANOS (DH)	Los derechos humanos no han tenido un seguimiento puntual al interior del hospital, aunque se puede apreciar que al interior de los procedimientos de flujo continuo de atención si se ha cubierto los requerimientos jurídicos necesarios para la atención. Esto quiere decir que si bien se han aplicado los procedimientos básicos de la normatividad correspondiente al instituto a manera de trámites necesarios para la generación de evidencia administrativa, al momento de realizar las entrevistas sobre las características de cada uno de estos pasos el aspecto que se manifestó casi de inmediato fue la transgresión a la privacidad y confidencialidad del estado clínico, así como la falta de información sobre derechos humanos de las PVVs en los diversos procedimientos de diagnóstico, tratamiento y monitoreo hacia la personas viviendo con VIH/sida.	1.1. Provisión de servicios (PS)	1.1. Atmosfera libre de estigma y discriminación hacia PVVs.	Ha existido un estigma latente generalizado hacia los pacientes. Aspecto que no solo ha impactado a las personas viviendo con VIH/sida en el servicio de medicina familiar, sino que ha sido parte del entorno de atención continua. El estigma hacia las personas que viven con VIH/sida ha estado derivado del estigma general hacia los pacientes. Además los médicos familiares no cuentan con información sobre el estado de la epidemia en su población, se han mostrado poco respetuosos a los derechos humanos de las personas viviendo con VIH/sida. Aspecto que se identificó debido a que se hallaron varios testimonios de personas que sufrieron experiencias en que los médicos (tanto familiares como especialistas) revelaron a otros médicos y otras personas (como familiares) el diagnóstico reactivo por VIH/sida.
		1.2. Vigilancia y monitoreo de los derechos humanos (VMDH)	1.2. Protección a la privacidad, confidencialidad y otros derechos humanos.	Aún se pudieron observar entre los prestadores de servicio formas de actuar que expresan un estigma latente hacia las personas viviendo con VIH y las poblaciones claves para la epidemia, mismas que se expresaron en un rechazo hacia la atención y el trato directo hacia las personas, se observó que a pesar de que las personas viviendo con VIH/sida refirieron no sentirse señalados o estigmatizados por el médico responsable de la Clínica de VIH/sida, no se ha contado con una actividad de plática de pares, junta u orientación, sobre el fenómeno de estigma y discriminación con enfoque en derechos humanos.

COMPONENTE	ESTRUCTURA SITUACIONAL	SUB-COMPONENTE	DESCRIPCIÓN SINGULAR	DESCRIPCIÓN SITUACIONAL
2. EMPODERAMIENTO DE LAS PVVs Y SUS REDES DE APOYO (EMP)	En el caso del componente de empoderamiento se pudo apreciar que no existieron acciones concretas sobre empoderamiento relacionadas a los pacientes en general y por lo tanto a las personas viviendo con VIH/sida. Esto se pudo apreciar en un ejemplo claro, cuando la ME3 comentó que "Trabajo Social", servicio que realizaba los grupos de apoyo entre pares, renunció a la realización de estos grupos bajo la justificación de que ni la junta de adherencia, ni la consejería, ni el grupo de pares; les correspondía como parte de su programa de actividades. Lo anterior implicó que el ME3 no realiza ninguna interacción de empoderamiento más que la junta de adherencia mensual.	2.1. Involucramiento significativo de las PVVs y sus redes de apoyo (ISPVVs)	2.1. Programas (educativos, grupos o juntas) que promuevan la participación social de PVVs en los servicios	No existieron espacios físicos y programas explícitamente asignados a Clínica de VIH, para fomentar el intercambio de estrategias de prevención secundaria entre derechohabientes y fomentar la participación de las personas en la implementación de acciones de prevención primaria y secundaria.
		2.2. Desarrollo de liderazgos de PVVs (DL)	2.2. Proyectos de fomento y promoción de la participación comunitaria (PFPC)	No existen acciones que fomenten el intercambio de pares sobre estrategias de mejora del estado clínico y protección de la salud. Esto implicó que tampoco se fomentara las acciones a favor de la participación, liderazgos y la creación de redes sociales entre personas que viven con VIH/sida.
		2.3. Instrucción básica en conocimientos en derechos, salud y leyes dirigidas a PVVs	2.3. Instrucción básica en conocimientos en derechos, salud y leyes dirigidas a PVVs (ICDH)	No se realizan intercambios de experiencias en salud y derechos de PVVs. No han existido presencia de OSC u otras instituciones que puedan propiciar la búsqueda de información y orientación adicional para tratamientos complementarios, normatividad sobre VIH/sida, así como herramientas relacionadas con la orientación y adherencia terapéutica de los medicamentos antirretrovirales.

COMPONENTE	ESTRUCTURA SITUACIONAL	SUB-COMPONENTE	DESCRIPCIÓN SINGULAR	DESCRIPCIÓN SITUACIONAL
3. PREVENCIÓN DE NUEVAS INFECCIONES (PV)	En el caso del componente de prevención de nuevos casos, los médicos familiares comentaron que no se cuenta con condiciones, ni acciones instituciones encaminadas a ésta finalidad. Los médicos familiares durante el ejercicio de "Camino a la salud" afirmaron que las personas una vez diagnosticadas deben asumir la responsabilidad del cuidado de la prevención de nuevos casos, por lo que "está en sus manos la responsabilidad de realizar puras prácticas seguras o protegidas". La Clínica de VIH/sida si ha contemplado acciones de prevención secundaria, durante la junta de adherencia, sin embargo sólo se ha contemplado la orientación de aspectos clínicos respecto a los medicamentos, adherencia y efectos secundarios, sin que exista un acceso a profilaxis expresamente dirigidas para parejas serodiscordantes. Por otro lado es de destacar que el seguro social contempla la prestación del servicio médico a toda la familia de las personas viviendo con VIH/sida lo cual involucra a personas de cualquier edad con parentesco directo al derechohabiente.	3.1. Educación integral que promueve la responsabilidad compartida	3.1. Estrategias Educativas de Promoción a la Salud	Muchas PVVs comentan haber llegado al segundo nivel de atención sin información sobre tratamiento y servicios de salud relacionados al VIH/sida. Muchos comentaron que ese tema resulto ampliamente angustiante debido a que la espera para la atención fue muy prolongada.
		3.2. Acceso universal a tratamiento y a las tecnologías de prevención, incluido el medicamento como prevención.	3.2. Diagnóstico certero para la prevención de ITS y VIH/sida y tratamientos como profilaxis.	A pesar de que existe acceso a tecnologías de prevención y tratamiento TARGA, este no se brinda para profilaxis, no se encontró apoyo en salud sexualidad, emocional, métodos de prevención y otras estrategias biomédicas dirigidas para PVVs. Esto se le atribuye a la poca disposición que tienen los médicos familiares para realizar actividades adicionales a las que se encuentran documentadas en su descripción de puesto.
		3.3. Acceso a servicios de prevención	3.3. Consejería, apoyo emocional, profilaxis, entre otras, como parte del servicio de prevención para la detección de VIH/sida	No existir un momento específico con acciones en que los pacientes recibieran consejería (ni pre prueba y tampoco post-prueba), el apoyo emocional solo se otorga en caso de que la ME3 lo solicite, no se proporciona profilaxis, y aunque hay acceso a métodos de barrera no se brinda orientación al respecto.
		3.4. acceso a servicios de PTMI	3.4. Asesoría para informar sobre los riesgos de transmisión y tratamiento para PTMI	Se contempla un programa educativo, acceso a tecnologías de prevención, pláticas y consejería, además de prestaciones económica para los trabajadores y sus familias.
		3.5. Apoyo para parejas serodiscordantes y acceso a tratamiento para prevención	3.5. Atención, apoyo y acceso a tecnologías de prevención a los familiares de las PVVs.	A pesar de que menciona en la normatividad que es necesario brindar la atención, apoyo y acceso a tecnologías de prevención a los familiares de las PVVs, y esto evidentemente contempla a los parientes cercanos, parejas y dependientes económicos, esto no se realiza específicamente para parejas serodiscordantes, aunque la ME3 si mantiene una comunicación estrecha con los familiares de las PVVs.

COMPONENTE	ESTRUCTURA SITUACIONAL	SUB-COMPONENTE	DESCRIPCIÓN SINGULAR	DESCRIPCIÓN SITUACIONAL
4. IGUALDAD DE GENERO (IGG)	Sobre el componente de igualdad de género el SDPP implicó el reconocimiento de acciones que vayan más allá de la Respuesta al VIH, especialmente aquellas acciones enfocadas a la igualdad para mujeres y hombres, aspecto que sí se ha contemplado en el IMSS a partir de programas de asistencia social bien definidos. Sin embargo estos programas o se han enfocado de manera transversal a las orientaciones sexuales, así como a las personas transgénero, transexuales e intersexuales. Aspecto que fue ampliamente reconocidos durante la consulta en Clínica de VIH, no se han combatido los prejuicios sexuales relacionados a las construcciones sociales de género, tampoco se contemplan la transversalidad respecto a igualdad de género y VIH/sida, contemplando problemáticas específicas como el combate a la esterilización forzada, VIH en población transexual y transgénico, trabajo sexual.	4.1. Provisión de servicios	4.1. Acceso a estrategias bio-psico-sociales de prevención y tratamiento con enfoque de género	Aunque existen varios programas sobre prevención, tratamiento y control de enfermedades con enfoque de género, no se ha contemplado de forma institucional la perspectiva de género de una manera transversal respecto de la atención a personas transgénero, esterilización forzada y niños huérfanos viviendo con VIH, debido a que, como nos comentó la ME3, ha existido poca población bajo estas situaciones en el hospital.
		4.2. Empoderamiento con perspectiva de género	4.2. Formento a la participación de las mujeres y las personas transgénero en la provisión de servicios de salud.	Se ha contemplado de forma institucional programas educativos, preventivos, tratamientos y control con perspectiva de género, dirigido a mujeres, sin embargo, no se ha hecho de manera transversal respecto de la atención a personas transgénero, esterilización forzada y niños huérfanos viviendo con VIH, debido a que, como nos comentó la ME3, ha existido poca población bajo estas situaciones en el hospital.
		4.3. Acciones de combate de los determinantes sociales y legales	4.3. Servicios enfocados a la atención y prevención en salud psicosocial entre grupos claves de la epidemia.	Existieron acciones relacionadas con el enfoque de vacunas, enfermedades oportunistas, ITS, uso de sustancias adictivas, así como de los efectos secundarios de los medicamentos ARV con perspectiva de género en la CLVIH.

COMPONENTE	ESTRUCTURA SITUACIONAL	SUB-COMPONENTE	DESCRIPCIÓN SINGULAR	DESCRIPCIÓN SITUACIONAL
5. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SXYR)	Quizá el tema de salud sexual y derechos reproductiva ha sido uno de las más ampliamente conocidos en el hospital. Los informantes comentaron que las perspectivas de género y la salud sexual y reproductiva se enfocaron en todos los niveles de atención a las necesidades relacionadas a la atención de la mujer por grupos etarios y especialmente a la salud de las mujeres embarazadas, a la eliminación de la violencia de género, cáncer cervicouterino, así como a la salud reproductiva, acceso a programas de planificación familiar, etc., en consideración de los servicios de diagnóstico, tratamiento y apoyo para la salud materno infantil, salud anticonceptiva y materno-infantil.	5.1. Sexo, sexualidad y bienestar	5.1. Programas de educación y asesoría sobre salud sexual y reproductiva con enfoque etario y de género	Aunque en el IMSS existen programas para educación en salud sexual, los médicos familiares comentaron que el tema de la salud sexual ha sido ampliamente difícil de abordar con sus pacientes debido a que no tienen herramientas relacionales que les permitan saber la manera más apropiada para abordar información sobre orientación sexual, prácticas sexuales diversas, ITS, etc
		5.2. Salud sexual, reproductiva	5.2. Programas y estrategias de prevención y diagnósticos oportunos de ITS, planificación familiar, PTMI, etc.	Aunque en el IMSS existen programas de prevención, diagnóstico, planificación familiar y PMTI, esto no quiere decir que los médicos familiares no tuvieran experiencia respecto a derechos reproductivos, área en que se sienten ampliamente cómodos. Esto quiso decir que dentro del hospital no existe capacitación en que se incluya el tema de VIH en la salud reproductiva dirigida para éstos pacientes.
		5.3. Derechos sexuales y reproductivos	5.3. Servicios de salud sexual y reproductiva libres de estigma y discriminación	Aunque los servicios de salud sexual y derechos humanos se encuentra ampliamente cubierto en el caso de medicina familiar, en donde existen servicios de Trabajo Social y Psicología que contemplan acciones concretas respecto a este componente, No existió una interacción o servicio relacionado a métodos anticonceptivos dentro del consultorio de la Clínica de VIH/sida en la etapa de supresión viral.

COMPONENTE	ESTRUCTURA SITUACIONAL	SUB-COMPONENTE	DESCRIPCIÓN SINGULAR	DESCRIPCIÓN SITUACIONAL
6. PROMOCIÓN Y ACCESO A LA SALUD (PAS)	El componente de promoción de la salud no ha estado implementado como se tiene contemplado en el SDPP, que recomienda que ir más allá del "acceso a los fármacos contra el sida es un elemento clave del derecho al más alto nivel posible de salud". La mayor parte de la atención integral estuvo dirigida a las acciones de reacción a los estados clínicos que ya se presentaban entre la población y no a la promoción de la salud y prevención de enfermedades oportunas. La mayor parte de los talleres sobre VIH/sida se han impartido desde la perspectiva médica y en la Clínica de VIH/sida no se han concretado servicios adicionales a la provisión de medicamentos para la infección por VIH/sida, enfermedades de temporada, enfermedades oportunistas y crónicas degenerativas, así como efectos secundarios y adherencia al tratamiento.	6.1. Atención y apoyo a PVVs	6.1. Orientación para la vinculación al servicio y las prestaciones en seguridad social integrales	Los pacientes comentaron que existe una alta rotación del personal de Medicina Familiar lo que hace difícil la continuidad de la atención. Además se comentó que los médicos familiares son un filtro primario de atención que vigila los recursos de la institución, por lo que hay poca disposición de atención de algunos médicos para hacer uso de esos recursos institucionales, "tiene uno que estarse muriendo para que lo atiendan".
		6.2. Acceso al tratamiento para PVVs	6.2. Programas de prevención, tratamiento y seguimiento para PVVs	Las personas comentaron que si existe "desabasto" no sólo de medicamentos ARV, sino de todo tipo de medicamentos, sin embargo esto ha llegado a suceder en pocas ocasiones. "El problema mas grave es que las recetas tienen fecha de caducidad y luego ya no te las quieren cambiar después de un tiempo".
		6.3. Prevención, diagnóstico y tratamientos de infecciones y enfermedades	6.3. Prevención primaria y secundaria, Diagnósticos y tratamientos certeros para diversas enfermedades oportunistas y comorbilidades en PVVs	No existieron acciones de prevención secundaria en MF, no se promueve detección de enfermedades oportunistas, ni comorbilidades, en donde se realizan algunas juntas sobre estos temas es en la CLVIH donde se dan a conocer posibilidades de infección en poblaciones claves y la historia natural de la infección, así como efectos secundarios del tratamiento. En Medicina Familiar, Incluso se detecto posible evidencia de recurrencia de los malos diagnósticos y tratamiento paliativo.
		6.4. Mejoramiento del servicio de salud.	6.4. Programas de mejoramiento del servicio y la salud de las PVVs	En la CLVIH se realizan juntas de adherencia mensuales que han tratado de brindar información relacionada a los medicamentos ARV y los cuidados y prevención para las personas en torno a enfermedades oportunistas y efectos secundarios, esfuerzo loable que ha tenido sus limitantes en el entendido de que no todas las personas asisten a la junta y por lo menos en los casos de los testimonios recolectados no han tenido una retroalimentación satisfactoria sobre sus hábitos de adherencia.

COMPONENTE	ESTRUCTURA SITUACIONAL	SUB-COMPONENTE	DESCRIPCIÓN SINGULAR	DESCRIPCIÓN SITUACIONAL
7. APOYO SOCIAL Y ECONÓMICO (APyE)	Respecto del componente de apoyo social y económico las prestaciones básicas de las personas viviendo con VIH/sida en el IMSS han sido aquellas que corresponden a las prestaciones laborales contempladas en el Artículo 123 Constitucional, la Ley Federal del Trabajo y la Ley del Seguro Social. Esto quiere decir que se ha cumplido con las incapacidades, pensión, guardería y prestación de servicios de salud. Sin embargo estos apoyos sociales y económicos han sido susceptibles de eliminarse en el momento en que el paciente pierde sus estatus de trabajador formal con derechos a servicios de seguridad social, lo que ha implicado la pérdida de estos apoyos sociales y la complicación de su estado económico.	7.1. Proteger el bienestar social	7.1. Acceso a prestaciones de bienestar social	Las personas afirman que lo mejor que el seguro social "tiene" son las prestaciones de bienestar social y económicas, por esta razón no están dispuestos a dejar el servicio, pues representa un importante apoyo financiero. Comentan que los servicios de guardería, defunción, entre otros no tienen paralelo en ninguna otra institución del país y si dejan de tener trabajo formal estarían dispuestos a pagar el seguro, únicamente por no perder estas prestaciones.
		7.2. Empleo y empoderamiento económico	7.2. Acceso a prestaciones económicas	Las personas afirman que lo mejor que el seguro social "tiene" son las prestaciones de bienestar social y económicas, por esta razón no están dispuestos a dejar el servicio, pues representa un importante apoyo financiero. Comentan que las prestaciones económicas no tienen paralelo en ninguna otra institución del país.

COMPONENTE	ESTRUCTURA SITUACIONAL	SUB-COMPONENTE	DESCRIPCIÓN SINGULAR	DESCRIPCIÓN SITUACIONAL
8. MEDICION DE IMPACTO (MIP)	Actualmente la generación de indicadores y evaluación se realiza por medio de estudio epidemiológicos e indicadores de costo-beneficio, sin embargo, esta información no ha sido suficiente para la mejora del servicio sobre todo en lo concerniente a la atención e interacción entre los prestadores de servicio y los pacientes. El caso de los médicos familiares y las PVVs son un ejemplo claro de que los indicadores pueden arrojar hipótesis sobre la posible problemática de atención, sin embargo esto no puede ser herramienta unívoca para la toma de decisiones.	8.1. Desarrollo de buenas políticas y adaptación de indicadores con liderazgo de PVVs	8.1. Presencia de instituciones, OSC para la provisión y monitoreo de servicios sociales.	No se ha podido apreciar la presencia ni las acciones de OSC que contemplen actividades relacionadas con apoyos sociales y económicos enfocados explícitamente a las necesidades de las personas viviendo con VIH/sida. Esto ha implicado una nula información sobre el abastecimiento de medicamento, tecnologías de prevención y servicios médicos (Montos, abastecimiento de medicamentos, costo del servicio, costo-beneficio y costo-efectividad. etc.).
		8.2. Generación, aplicación y recursos para monitoreo y evaluación	8.2. Proyectos de rendición de cuentas, ejercicios diagnósticos y la evaluación de la mejora continua.	No han existido espacios y procedimientos que permitan brindar periódicamente información sobre la situación de la epidemia entre la población del hospital, ya sea entre los prestadores del servicio de salud, al igual que entre los pacientes y las organizaciones civiles que lo soliciten.

Imagen 26: Elementos del continuo de atención integral hacia PVVs en HGZ.BD.IMSS.

ÉTAPAS DEL FLUJO CONTINUO DE ATENCIÓN INTEGRAL					
ÉTAPAS	DETECCIÓN OPORTUNA	ÉTAPAS	VINCULACIÓN Y RETENCIÓN	ÉTAPAS	CONTROL Y SUPRESIÓN VIRAL
COMP.	ELEMENTO SINGULAR	COMP.	ELEMENTO SINGULAR	COMP.	ELEMENTO SINGULAR
(DH)	Atmosfera libre de estigma y discriminación hacia PVVs.	(SxYr)	Servicios de salud sexual y reproductiva libres de estigma y discriminación	(PV)	Atención, apoyo y acceso a tecnologías de prevención a los familiares de las PVVs,
(PV)	Educación integral que promueve la responsabilidad compartida	(DH)	Protección a la privacidad, confidencialidad y otros derechos humanos.	(IGG)	Servicios enfocados a la atención y prevención en salud psicosocial entre grupos claves de la epidemia.
(PV)	Asesoría para informar sobre los riesgos de transmisión y tratamiento para PTMI	(PAS)	Programas de prevención, tratamiento y seguimiento para PVVs	(EMP)	Proyectos de fomento y promoción de la participación comunitaria
(PV)	Diagnóstico certero para la prevención de ITS y VIH/sida y tratamientos como profilaxis.	(IGG)	Formento a la participación de las mujeres y las personas transgénero en la provisión de servicios de salud.	(EMP)	Instrucción básica en conocimientos en derechos, salud y leyes dirigidas a PVVs
(PAS)	Orientación para la vinculación al servicio y las prestaciones en seguridad social integrales	(PAS)	Programas de mejoramiento del servicio y la salud de las PVVs	(MIP)	Presencia de instituciones, OSC para la provisión y monitoreo de servicios sociales.
(PV)	Consejería, apoyo emocional, profilaxis, entre otras, como parte del servicio de prevención para la detección de VIH/sida	(SxYr)	Programas y estrategias de prevención y diagnósticos oportunos de ITS, planificación familiar, PTMI, etc.	(APyE)	Acceso a prestaciones de bienestar social
(SxYr)	Programas de educación y asesoría sobre salud sexual y reproductiva con enfoque etario y de género	(EMP)	Programas (educativos, grupos o juntas) que promuevan la participación social de PVVs en SS.	(APyE)	Acceso a prestaciones económicas
(IGG)	Acceso a estrategias bio-psico-sociales de prevención y tratamiento con enfoque de género	(PAS)	Prevención primaria y secundaria, Diagnósticos y tratamientos certeros para diversas enfermedades oportunistas y comorbilidades en PVVs	(MIP)	Proyectos de rendición de cuentas, ejercicios diagnósticos y la evaluación de la mejora continua.

Las anteriores conclusiones están realizadas con base en los testimonios de ambos agentes y retomando de forma singular el trato digno desde el marco del SDPP como enfoque fundamental para la respuesta al VIH/SIDA, sin embargo, hay que aclarar que estos ítems se deberán utilizar bajo el concepto de debitud, siendo esto pilar para la conquista y reconocimiento del derecho a ser persona con un papel central dentro de servicios de salud, en donde se fomente un esquema colaborativo de salud, y propiciando la toma de decisiones conjuntas, no sólo para resolver necesidades sanitarias, también liderazgo para hacer frente a su entorno social hostiles y problemáticas estructurales.

V.4. REFLEXIION CAPÍTULAR

La interacción médico/paciente se encontró determinada por una intersubjetividad que si bien fue dialéctica en términos de los significados que se les depositan a los personajes típicos; resultó recíproca en términos de las acciones intencionales que se derivaron de ella. Las acciones intencionales de “canalización” a un servicio especializado (en el caso de los médicos familiares) y la búsqueda de una atención que comprenda su estado de salud (en el caso de los pacientes), se conjugaron de forma recíproca para dar como resultado un sistema de interacción interdependiente que ha dejado atrás la funcionalidad normativa de la institución en materia de trato digno, pues el continuo de atención se modificó debido al estigma latente presente en todo el servicio de salud.

En el sistema de interdependencia no se puso énfasis en la cualidad de persona y en la necesidad de la autodeterminación de los derechohabientes, además el flujo continuo de atención integral privó a las personas viviendo con VIH/sida de diversos servicios integrales de salud que podrían apoyar la mejora continua de su cuadro clínico. La principal característica de la interacción fue la exclusión de los pacientes del servicio de medicina familiar y su principal efecto de composición fue la desigualdad de oportunidades para mejorar sus cuadros clínicos asociados al VIH/sida.

Los agentes involucrados en la interacción seguramente no han deseado brindar un servicio de salud con exclusión y que genera desigualdades de oportunidades para la protección de la salud de los derechohabientes, sin embargo esto no los eximiría de su responsabilidad individual. Sus acciones intencionales de “referir” a un servicio especializado (en el caso de los médicos familiares) y la búsqueda de una atención que comprenda su estado de salud (en el caso de los pacientes), se ha conjugado de forma recíproca para dar como resultado el efecto de composición descrito. En este sistema de interdependencia **no existió el reconocimiento de la autodeterminación de la persona, por el contrario la ausencia de debitud entre los médicos familiares y los pacientes hizo muy complicada la generación de condiciones que procuraran un trato digno.** Por el contrario subsistió una desigualdad de oportunidades entre las personas viviendo con VIH/sida, debido a que la atención no es vista como un fin y los pacientes han sido vistos como factores potenciales de incidencia de nuevos casos.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

VI.1. Resultados de la investigación

La reivindicación de las personas viviendo con VIH/sida como agentes centrales y con dignidad en la respuesta a la epidemia, implicó la autodeterminación de sus propias acciones de salud y estilos de vida. Se trató de un “parte aguas” en la consolidación de un “esquema colaborativo de salud”, en que las personas dejen de ser meros “receptores de servicios” y se involucren activamente, con dignidad, como parte de la solución a los problemas sanitarios, dejando de ser percibidos por las autoridades sanitarias y los prestadores del servicio médico, como los responsables y depositarios de un problema de salud. Esto implicó hacer un cambio puntual en asistencia social, abriendo la posibilidad de intervenciones multisectoriales, en que las personas viviendo con VIH/sida tengan la posibilidad de recibir los conocimientos y habilidades para vigilar y proteger su estado de salud; reconociéndolas en la interacción cotidiana como agentes importantes para el diseño e implementación de acciones de prevención, atención, tratamiento y apoyo social con enfoque en derechos humanos.

A lo largo de más de treinta años el concepto de “dignidad” ha implicado la re-significación de las personas infectadas y afectadas dentro de los servicios de salud, pretendiendo terminar con la contraposición entre prestador y receptor de servicio. Las recomendaciones han surgido de los avances y conocimientos técnicos en materia de VIH/sida, que han tenido un impacto en las disposiciones de salud pública y las directrices de los organismos internacionales como ONUSIDA, OMS y OPS, los cuales han formulado los compromisos y políticas que integran los Programas Nacionales de Respuesta a VIH/sida. Entre estos compromisos ha estado la incorporación del enfoque de derechos humanos para reducir el estigma, la discriminación y la violencia hacia las personas viviendo con VIH; a través de la promulgación de leyes y políticas que procuren la creación de marcos jurídicos, sociales y normativos en cada contexto nacional y geográfico.⁵¹

Estos cambios en la normativa local, se han dado de forma sostenida y han sido agregados macro-sociales para las instituciones de salud en México, sobre todo ante la reforma de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos del 2011. Actualmente la normatividad nacional, local e institucional ha contemplado la Respuesta al VIH/sida a nivel constitucional, jurídico, normativo y político, lo que la hizo una prioridad y una obligación de las instituciones de salud en nuestro país, entre ellas el IMSS.

La CLVIH del HGZ.BD.IMSS, ha operado como un consultorio de medicina interna ambulatoria en segundo nivel de atención. Esta organización se ha implementado a razón de las nuevas condiciones de la epidemia, en que no se considera una infección exclusivamente homosexual y que ha dejado de tener

⁵¹ En Resolución aprobada en Asamblea General de las Naciones Unidas, la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre VIH/sida, pone de manifiesto en 105 puntos, el reconocimiento de los logros y retos de la respuesta global al VIH/sida, además se realizan compromisos políticos de los Jefes de Estado y de Gobierno a nivel mundial, regional y nacional en materia de VIH/sida.

una alta incidencia de nuevos casos, pero que a la vez, no ha tenido un decremento significativo en sus tasas de mortalidad.

A continuación se presenta la síntesis de los resultados de cada uno de los objetivos específicos, mismos que en conclusión revelaron una estructura situacional de interacción médico/paciente determinada por un estigma latente y manifestó; que se expresa a partir de acciones de maniobra que dependen del agente y el momento de la interacción. Los MF únicamente pueden realizar acciones de maniobra relacionadas con su actuar en el consultorio, en su mayoría optan por aplicar el sistema de referencia y contra-referencia con los pacientes. Por otro lado los pacientes pueden optar por ejercer una acción evasiva o agilizadora de la situación de interacción (consulta de Medicina Familiar), siendo el principal efecto de composición asociado a esta interacción, la exclusión de los pacientes del nivel de atención de Medicina Familiar:

Resultado del objetivo específico 1. Durante el trabajo de campo con la herramienta del PS, se encontró que los médicos y los pacientes miran a la infección desde ángulos muy diferentes. En tanto que la mayor parte de MF coincidieron en que los pacientes son “individuos con cualidades físicas y comportamentales poco deseables por su carácter enfermante” y las PVVs son “hombres homosexuales con una enfermedad terminal”, debido a un comportamiento auto-destructivo propio de su grupo. Las PVVs comentaron que han sido “buscadores permanentes de alternativas de salud”, que desde su diagnóstico, han tratado de acceder a un médico que inspire confianza y sea “atinado” en su tratamiento. La metáfora “genetista” es la que está más ampliamente difundida entre los médicos y se deposita sobre los derechohabientes, la cual, en el caso de las PVVs, se emparenta con una visión en que los comportamientos de las personas detonan la enfermedad. Por su parte las PVVs recurren mucho a una visión que podríamos llamar “proverbial”, pues hacen múltiples referencia a dichos y sabiduría popular para describir su situación, algunos recurren a conocimiento científico, otros a frases y dichos populares como: “cuando te toca, aunque te quites”; provenientes de tradiciones religiosas o sociales, además utilizan oraciones y palabras surgidas de su contexto inmediato como “canalización”.

Los MF entrevistados asumieron que las PVVs, no deben ser atendidas en el consultorio de la UMF. Estas acciones *si tienen un fin intencional individual*, mismo que se expresa en *la evasión de la atención*, y está realizada con arreglo a dos factores simbólicos: por un lado con *arreglo a valores* (en el caso de los médicos cuyo obstáculo fue moral), y por otro lado, con *arreglo a fines* (como en el caso de los médicos que argumentan que su obstáculo fue su inexperiencia para brindar una mejor atención).

Las PVVs, por su parte, afirmaron que al considerarse como buscadores de la mejora de su estado de salud, si un médico no los atiende “bien” suelen buscar otros servicios, como la CLVIH y hasta servicios externos al IMSS; por su parte las PVVs afirman que no están dispuestos a regresar a consultorio de Medicina Familiar. Ambas formas simbólicas son parte de una intersubjetividad que si bien es dialéctica

en términos de los significados que cada agente le brinda a su papel en la institución, resulta recíproca en términos de las acciones intencionales en que se derivan, pues en tanto que los médicos deciden excluir a los pacientes del servicio de medicina familiar, los pacientes deciden incluirse de forma definitiva a la CLVIH y no regresar a la atención en primer nivel.

Resultado del objetivo específico 2: Dentro del flujo de atención que se describió en el ejercicio del CS se ratificaron tres momentos cruciales:

4. **La etapa de detección oportuna.**
5. **La etapa de vinculación y retención.**
6. **La etapa de control y monitoreo**

Sin embargo, durante el trabajo de campo se encontró que el flujo de atención hacia las PVVS en la UMF 29 del HGZ.BD.IMSS, se caracterizó por su exclusión permanente del servicio de Medicina Familiar, una vez brindado el diagnóstico. Esto confirmó que el continuo de atención se ha modificado respecto a su visión nomotética y se detectó que en UMF no existen acciones de prevención secundaria hacia PVVs. Los MF piensan que los pacientes deben ser “referidos” a la CLVIH del HGZ.BD.IMSS, para su atención, y por su parte los pacientes consideraron engorroso y desgastante regresar a Medicina Familiar.

A pesar de que los MF reconocieron que este flujo continuo de atención ha representado para la CLVIH del HGZ.BD.IMSS una mayor carga de trabajo, que podría repercutir en la calidad de atención, afirmaron que la CLVIH se encontraba equipada con todo tipo de servicios, por lo que no consideran necesario que los pacientes regresen a Medicina Familiar. Por su parte, los pacientes a pesar de reconocer que en la CLVIH si se les proporciona una atención libre de estigma y discriminación, no cuentan con diversos servicios integrales de salud, como psicología, nutrición, trabajo social, entre otros.

Resultado del objetivo específico 3: Resulta evidente que ante la interacción desarrollada en la atención de Medicina Familiar, se encontraron concentrados dos niveles de atención en un solo consultorio. El médico del consultorio de VIH atiende pacientes que asisten para recibir el tratamiento ARV; otros que asisten para tratar enfermedades crónicas o accidentes que en ocasiones no están asociadas al VIH, y por último, pacientes sin cita para recibir atención de enfermedades de temporada como diarreas o influenza estacional. La CLVIH en la operación, contempla la provisión de servicios como nutrición, enfermería, trabajo social y psicología en el mismo consultorio. Sin embargo, estos han sido proporcionados por el mismo médico internista.

Se encontró una interacción médico/paciente con un estigma manifestado en el continuo de atención integral, en el que ambos agentes realizan acciones recíprocas de exclusión e inclusión intencional, que repercute en la operación de la CLVIH, que realmente ha operado como un consultorio ambulatorio, otorgando una atención similar al “encubrimiento”, como es caracterizado por Goffman; interacción

que consiste en brindar la protección de las personas estigmatizadas, buscando adaptarlas al medio hostil presente en su entorno inmediato. Las PVVs que se atienden en el HGZ.BD.IMSS no cuentan con un servicio con trato digno que contemple un esquema colaborativo de salud, con observación en las directrices internacionales del enfoque de “Salud, Dignidad y Prevención Positiva” avalado por ONUSIDA y CENSIDA.

Resultado del objetivo general: La institución no ha asumido la funcionalidad normativa para la Respuesta al VIH/sida bajo el enfoque que privilegia la atención con dignidad; es decir, ha dejado atrás (por lo menos en la práctica) los fines con arreglo a valores y normas que la respuesta a la epidemia fomenta a nivel mundial, regional y nacional. Ambos agentes inmersos en la interacción recurren a formas de maniobra para evadir el trato directo entre sí, lo que hace que las PVVs sean objeto de un aislamiento que no les permite tener acceso a servicios integrales, que podrían mejorar su estado clínico.

Los médicos involucrados en la interacción seguramente no han tenido como propósito individual contribuir a la creación de un flujo de atención ostracista; en su mente puede imperar la intención individual de no atender a más pacientes que aquellos que sean absolutamente indispensables. Por su parte las PVVs deben actuar con la intención de asistir a un servicio donde se sientan más cómodos y mejor atendidos. Sin embargo, las acciones de maniobra de ambos se conjugan de forma recíproca para dar como resultado una estructura situacional que se caracteriza por la exclusión de las PVVs de ciertos servicios de salud, lo que perpetúa la desigualdad de oportunidades para mejorar sus estados clínicos.

En este sentido se documentó ampliamente la ausencia de debitud entre los médicos familiares y los pacientes, lo que hizo muy complicada la generación de condiciones que procuraran un trato digno entre ellos.

De esta manera se pudieron identificar las cualidades de esta ausencia de trato digno al contrastar los resultados de los ejercicios del DCP con el enfoque de “Salud, Dignidad y Prevención Positiva”. Después del análisis singular se pudo caracterizar que los elementos singulares de la estructura funcional son contrariados por la estructura situacional, dando como resultado las siguientes características generales:

Imagen 27: Características situacionales del trato digno en HGZ.BD.IMSS.

COMPONENTE	ELEMENTO SINGULAR	CARACTERÍSTICA SITUACIONAL
(DH)	Atmosfera libre de estigma y discriminación hacia PVVs.	En el servicio de salud existió un estigma latente generalizado hacia los pacientes, esto no solo impacta a las personas viviendo con VIH/sida en el servicio de medicina familiar, sino que es parte del entorno de atención continua.
(DH)	Protección a la privacidad, confidencialidad y otros derechos humanos.	En las acciones de continuidad en Medicina Familiar aún se pudo observar un rechazo hacia la atención y el trato directo hacia las personas que viven con VIH/sida.

COMPONENTE	ELEMENTO SINGULAR	CARACTERÍSTICA SITUACIONAL
(EMP)	Programas (educativos, grupos o juntas) que promuevan la participación social de PVVs en SS.	No existieron espacios físicos asignados a Clínica de VIH, para fomentar la participación y el intercambio de estrategias de prevención secundaria entre derechohabientes.
(EMP)	Proyectos de fomento y promoción de la participación comunitaria	La Clínica de VIH, no ha desarrollado acciones que fomenten el intercambio de pares sobre las estrategias de promoción, prevención y protección de la salud, ni sobre el empoderamiento y el combate al estigma y la discriminación.
(EMP)	Instrucción básica en conocimientos en derechos, salud y leyes dirigidas a PVVs	No se ha brindado a PVVIH ninguna actividad con la finalidad de comprender el fenómeno de estigma y discriminación con enfoque en derechos humanos.
(PV)	Educación integral que promueve la responsabilidad compartida	No existieron espacios y procedimientos que permitan brindar periódicamente información sobre la situación de la epidemia entre la población del hospital.
(PV)	Diagnóstico certero para la prevención de ITS y VIH/sida y tratamientos como profilaxis.	No se brinda para profilaxis, no se encontró apoyo en salud sexualidad, emocional, métodos de prevención y otras estrategias biomédicas dirigidas para PVVs
(PV)	Consejería, apoyo emocional, profilaxis, entre otras, como parte del servicio de prevención para la detección de VIH/sida	No existir un momento específico con acciones en que los pacientes recibieran servicios de prevención para la detección de VIH/sida.
(PV)	Asesoría para informar sobre los riesgos de transmisión y tratamiento para PTMI	Se contempla un programa educativo, acceso a tecnologías de prevención, pláticas y consejería, además de prestaciones económica para los trabajadores y sus familias.
(PV)	Atención, apoyo y acceso a tecnologías de prevención a los familiares de las PVVs,	No se contempló una acción calculada específica en que los pacientes reciban orientación para parejas serodiscordantes, pero todos los familiares del derechohabiente mantienen una comunicación estrecha con el médico tratante.
(IGG)	Acceso a estrategias bio-psico-sociales de prevención y tratamiento con enfoque de género	No se han contemplado de forma institucional la perspectiva de género de una manera transversal respecto de la perspectiva de transgénero, esterilización forzada, niños huérfanos que viven con VIH.
(IGG)	Formento a la participación de las mujeres y las personas transgénero en la provisión de servicios de salud.	Se han contemplado diversos programas con perspectiva de género, dirigido a mujeres, sin embargo, no se ha hecho de manera transversal respecto de la atención a personas transgénero, esterilización forzada y niños huérfanos viviendo con VIH.
(IGG)	Servicios enfocados a la atención y prevención en salud psicosocial entre grupos claves de la epidemia.	No se ha incluido a la Clínica de VIH, en acciones relacionadas con el enfoque de vacunas, enfermedades oportunistas, ITS, uso de sustancias adictivas.
(SXYR)	Programas de educación y asesoría sobre salud sexual y reproductiva con enfoque etario y de género	Los médicos familiares comentaron que el tema de la salud sexual es ampliamente difícil de abordar con las PVVs debido a que no tienen herramientas relacionales que les permitan saber la manera más apropiada como abordar la información.
(SXYR)	Programas y estrategias de prevención y diagnósticos oportunos de ITS, planificación familiar, PTMI, etc.	Aunque en el IMSS existen programas de prevención, diagnóstico, planificación familiar y PMTI, no existe capacitación dirigida a las PVVs.
(PAS)	Orientación para la vinculación al servicio y las prestaciones en seguridad social integrales	Existió rotación del personal de medicina familiar lo que hace difícil la continuidad de la atención y la disposición de recursos institucionales.
(PAS)	Programas de prevención, tratamiento y seguimiento para PVVs	Han existido episodios de desabasto de medicamentos y tecnologías de prevención
(PAS)	Prevención primaria y secundaria, Diagnósticos y tratamientos certeros para diversas enfermedades oportunistas y comorbilidades en PVVs	No existieron acciones de prevención secundaria en MF, no se promueve detección de enfermedades oportunistas, ni comorbilidades. Incluso se detecto posible evidencia de recurrencia de los malos diagnósticos y tratamiento paliativo.
(PAS)	Programas de mejoramiento del servicio y la salud de las PVVs	No todas las personas que se encontraron incorporadas a la Clínica de VIH han asistido a la junta de adherencia, en ocasiones sólo participan aquellas personas que acuden a la consulta y es común que cambien el espacio de reunión lo que provoca inconsistencia en la participación.
(APyE)	Acceso a prestaciones de bienestar social	El instituto cuenta con múltiples prestaciones sociales que tienen alta estima entre sus derechohabientes.
(APyE)	Acceso a prestaciones económicas	El instituto cuenta con múltiples prestaciones económicas que tienen alta estima entre sus derechohabientes.
(MIP)	Presencia de instituciones, OSC para la provisión y monitoreo de servicios sociales.	No existieron espacios que fomenten la presencia de OSC u otras instituciones que puedan propiciar la búsqueda de información y orientación adicional para tratamientos complementarios de protección de la salud
(MIP)	Proyectos de rendición de cuentas, ejercicios diagnósticos y la evaluación de la mejora continua.	No se registran acciones de rendición de cuentas sobre los recursos invertidos en la atención integral hacia las personas viviendo con VIH/sida.

La conclusión de la presente investigación es que: **la influencia de la estructura singular de la interacción interdependiente no permite el desarrollo de un continuo de atención integral con observación al trato digno, pues no admite el reconocimiento de las pacientes como personas, por el contrario, las metáforas confirmaron una ausencia de debitud entre los médicos familiares y los pacientes.** Subsiste una desigualdad de oportunidades entre las PVVs y aquellos derechohabientes que sí han sido atendidos en UMF y cuentan con servicios integrales de salud, esto se podría explicar debido a que el estigma relacionado a VIH/sida y la infraestructura que rodea la CLVIH en el HGZ.BD.IMSS refuerzan el ostracismo.

VI.2. Las discusiones que se derivan de la investigación

La Clínica de VIH en el HGZ.BD.IMSS, desde sus inicios representó un reto a la interacción entre prestadores de servicio, pues se contempló que la atención a las personas viviendo con VIH se realizaría con base a los procedimientos habituales que se aplicaban para todos los derechohabientes. La creación de la Clínica de VIH/sida, demandó la gestión autónoma del médico titular, quien se encargó de gestionar con otros agentes prestadores de servicio que ya se encontraban en el entorno hospitalario, las condiciones mínimas de atención.

Esto quiere decir que actualmente, la batalla en contra del estigma y la discriminación se sigue librando en el interior de los servicios de salud. Aunque es cierto que en los 80 la batalla en atención médica se centro en cambiar la realidad de la gran mayoría de los pacientes que ingresaban vía urgencias a hospitalización con cuadros clínicos severamente inmunocomprometidos; y aunque las PVVs ya han tenido acceso a servicios de salud ambulatorio, estos servicios pueden caracterizarse como una atención de “encubrimiento”, tal como se presenta en la CLVIH del HGZ.BD.IMSS⁵², por lo que las características de la atención integral siguen siendo insuficientes para mejorar la detección temprana y la mejora de los cuadros clínicos de las personas. Si este fenómeno se repite en otras instituciones sanitarias, podría estar relacionado con el estancamiento de la tasa de mortalidad de las PVVs a nivel nacional.

Resulta preocupante que el estigma⁵³ latente y manifiesto se encuentren ampliamente difundido en la UMF y que se vincule al término “paciente”, pues los médicos familiares asumen su papel de primer

⁵² La “Clínica de VIH” realmente ha operado como un consultorio ambulatorio en que no se prestan servicios integrales de salud, por el contrario parece otorgar una atención similar al “encubrimiento”, caracterizado por Goffman, mismo que consiste en brindar la protección de las personas estigmatizadas, buscando adaptarlas al medio hostil presente en su entorno inmediato. Esto ha representado para el consultorio de VIH del HGZ.BD.IMSS una mayor carga de trabajo, pues concentran dos niveles de atención en un solo consultorio. Se han atendido, por un lado, pacientes para recibir el tratamiento antirretroviral (ARV) por la infección de VIH; por otro lado, pacientes para tratar enfermedades crónicas o accidentes que en ocasiones no están asociadas al VIH y por último, pacientes sin cita para recibir atención de enfermedades de temporada como diarreas o influenza estacional.

⁵³ El estigma en este entorno hospitalario esta relacionado al término “pacientes”, caracterizando a los derechohabientes como individuos con cualidades físicas y comportamentales poco deseables por su carácter enfermante. En este sentido todas las personas que han sido atendidas en el hospital tienen un estigma genérico relacionado con esa metáfora.

contacto institucional ante las personas, mismo que les ha brindado la posibilidad de evaluar sus necesidades en atención continua, diagnóstico, tratamiento o referencia y contra-referencia, dependiendo el tipo de enfermedad (temporada o crónica), y la gravedad del caso (estado clínico). Este papel de “primer filtro” de atención combinado con un estigma manifiesto en su actuar y obrar cotidiano, ha tenido una influencia negativa para el desarrollo de un esquema de trato digno que privilegie el principio “pro persona” consagrado en los derechos humanos. Esto hace que la atención en Medicina Familiar se torne atropellada por las barreras o filtros del servicio de salud, por ejemplo, los pacientes afirmaron que en ocasiones es imposible confiar en el médico familiar, pues emiten diagnósticos sin auscultar a las personas, sin hacer una indagación clínica o sin ser asertivos a la situación de salud. Además las PVVs comentan que en algunos casos los diagnósticos y tratamientos no son atinados, y ha existido una amplia rotación del personal por lo que se han visto en la necesidad de buscar otras opiniones.

El abordaje del concepto del término estigma, desde la perspectiva simbólica de la cultura, permitió darnos cuenta que este fenómeno no puede ser considerado como una característica sustancial de un grupo u otro, por el contrario, pudimos darnos cuenta que el estigma no es exclusivo de las PVVs, sino que está presente en todo el servicio de salud, manifestándose de forma muy diferente entre los pacientes, dependiendo la enfermedad o infección que se ponga en su expediente clínico. En el caso de las PVVs, el estigma se manifiesta en la exclusión y desigualdad de oportunidades, que no necesariamente es homologable de forma mecánica a una acción legal de discriminación, pero que sí tienen un impacto significativo en la mejora del estado clínico de las personas, y por ende en el cumplimiento del objetivo institucional; por lo que habría de valorar si el instituto es responsable por los daños reversibles o irreversibles a la salud de sus propios derechohabientes, incluso se podría discutir la posibilidad de solicitar la reparación de los daños hacia las PVVs por exponerlos a una estructura situacional con estigma manifiesto en el flujo continuo de atención.

Lo anterior hace suponer que la adhesión de agregados macro-sociales derivados de las experiencias técnicas, como se presentan los principios de la Respuesta al VIH/sida y la nueva normativa en derechos humanos, no es garantía del cambio institucional, si no se combinan con acciones sociales calculadas que modifiquen la estructura situacional que da origen a la obra institucional y sus resultados. A pesar de los cambios normativos por la vía de las reformas estructurales, legislativas o institucionales, el desarrollo de estructuras situacionales en interacciones interdependientes puede perpetrar un efecto de composición de desigualdad de oportunidades; profundizando las asimetrías existentes de conocimientos y habilidades en las acciones sociales calculadas asistencialistas y por ende la exclusión social.

Este aspecto se agrava ante la presencia de un estigma latente relacionado a la metáfora de “paciente”, por ejemplo, en el HGZ.BD.IMSS, tiene repercusiones particulares entre las personas viviendo con VIH, ya que ante los ojos del medico estarían incapacitados para tomar decisiones propias, para participar en acciones de promoción, prevención, educación, etc. Esto genera que los agentes inmersos en la interacción recurran a formas de maniobra para evadir el trato directo entre sí, lo que hace que las personas viviendo con VIH sean objeto de un aislamiento que no les permite tener acceso a servicios integrales que podrían mejorar su estado clínico.

Cuando las PVVs se incluyen de forma permanente al consultorio en medicina interna, los pacientes en ocasiones pierden la posibilidad de tener acceso a los servicios relacionados con la atención integral, que si se encuentran en medicina familiar. Esta desigualdad se demostró también en torno al acceso a servicios de salud externos al instituto. Aquellas personas que accedieron a servicios privados tuvieron mejores resultados de atención en términos de acceso a diversos servicios integrales y tiempo para cubrir sus dudas y necesidades emocionales, de información y sociales para recuperarse de los cuadros clínicos relacionados a VIH/sida. Lo anterior no quiere decir que los servicios privados “sean mejores” que los públicos (ese no fue el objetivo de esta investigación y no se cuenta con el análisis y la evidencia para decir eso), lo que quiere decir es que por lo menos en este servicio de salud público, la estructura situacional de la interacción interdependiente no ha permitido el cumplimiento óptimo de los propósitos normativos respecto al trato digno.

El sistema de interacción interdependiente que respondió a los propósitos de la institución se encuentra totalmente quebrantado. La institución no ha asumido la funcionalidad normativa que demandan las reformas en materia de salud y la Respuesta al VIH/sida (por lo menos en la práctica). En lo cotidiano los fines con arreglo a valores y normas que se fomentan a nivel mundial, regional y nacional, no se han plasmado del todo en la estructura situacional hospitalaria, pues su ejecución dependen del “visto bueno” o “libre albedrio” de los prestadores de servicio.

Esto lo confirman también los testimonios de los médicos que nos compartieron la metáfora del “enfermo homosexual terminal”, quienes afirmaron que éstas metáforas se encuentran insertas y legitimadas en el micro-entorno social del servicio de salud de medicina familiar, pues argumentaron que avalan la “referencia de los pacientes”, cuando en realidad lo que sucede en el entorno es la consigna de “no hago nada adicional a mi programa de actividades”. Lo anterior adquiere dimensiones más profundas cuando los médicos familiares manifiestan un rechazo a la atención para el monitoreo de PVVs, una vez valorados y controlados en la “Clínica de VIH”. Esto quiere decir que los médicos familiares *no cumplen con estas personas su cometido de provisión de atención continua*, pues no vuelven a hacer seguimiento, ni monitoreo de su estado de salud.

¿Hacia que horizonte dirigir la acción social calculada para corregir esta situación institucional? Esta respuesta sólo se podría responder a partir de investigación relacional. Esta investigación es por lo tanto un punto de partida para el subsecuente desarrollo de diversas investigaciones respecto a muchos objetivos: como la exploración de las acepciones que representa los agregados macro-sociales; también se podría hacer una exploración de las características del entorno micro-social o incluso se podría explorar cuantos médicos o pacientes se adhieren de forma genuina⁵⁴ a estas metáforas expuestas anteriormente; pero es importante no perder de vista que si se pretende hacer un cambio social, es necesario retomar una perspectiva relacional con enfoque en el análisis singular del obrar institucional.

VI.2. Reflexiones para Trabajo Social

Los agregados macro-sociales han construido nuevos entornos de atención en las diversas instituciones de salud pretendiendo cambiar sus estructuras y procedimientos administrativos y de atención. Estos cambios en la acción social calculada de las instituciones, sin duda resultan ser un campo fértil para la investigación de Trabajo Social, siempre que haya asumido de forma voluntaria una lógica social como punto de partida para la generación de conocimientos y saberes.

El caso del IMSS en materia de la Respuesta al VIH/sida, fue un ejercicio de estudio importante para Trabajo Social, en el entendido que al interior de los servicios de salud, las disposiciones en torno a la respuesta a VIH/sida se han caracterizado por cambios discontinuistas, pues, la regularidad de la interacción entre prestadores de servicio y pacientes se han visto interrumpidas por la existencia de contradicciones entre el esquema de atención en salud asistencial y el esquema colaborativo intervencionista de salud, que pretende insertar condiciones de respeto a los derechos humanos. Esta dicotomía trajo aparejada una serie de modificaciones en la interacción social al interior de los servicios de salud que pudieran o no estar enfocados al cumplimiento de la obra institucional, generando problemas de composición para la mejora de la salud de los pacientes.

Por ello la profesión de Trabajo Social no puede esperar más para asumir una postura de trabajo y acción que contemple las conexiones entre las acepciones de la lógica de lo social (socialización, interacción, praxis, relación, etc.) y las propias acciones profesionales, concretas o históricas, llámense caridad, beneficencia, asistencia, mediación, intervención, etc. Una legitimidad volitiva que se adhiera a una concepción “lógica de lo social” fue la alternativa que dotó de sentido al Trabajo Social, en la presente investigación. Pues el acercamiento de las perspectivas teóricas sociales que involucran una base conceptual lógica de cambio, permitieron asumir posturas claras frente a los fenómenos sociales y

⁵⁴ Se entiende que existen perspectivas de la teoría social que afirman que los significados forman representaciones interiorizadas y estructuradas a manera de entramados esquemáticos cognitivos que determinan las disposiciones y posiciones de los agentes, vertiente de investigación que resultaría totalmente pertinente, pero que no se retoma en esta investigación en ninguna de las herramientas debido a que el objetivo son los efectos de composición asociados a la interacción.

superar la subordinación a técnicas de otras disciplinarias funcionales a las instituciones legítimas en el orden social existente.

Sin embargo, fue necesario abandonar la falsa dicotomía entre teoría y práctica, que hubieran impedido realizar un análisis a la luz de las diferentes concepciones contemporáneas de “cambio social”. En el entendido de que en toda la vida institucional mexicana y en todos los campos sociales se han estado gestando cambios, casi de la misma índole que en el ámbito de la respuesta al VIH/sida. Estamos frente a una transformación de la acción social calculada hegemónica, por lo que se han presentado rupturas “discontinuas”, en las cuales el trabajador social necesita desarrollar investigación sistemática de las rupturas de las regularidades sociales, identificar las contradicciones sociales que trae aparejadas, las crisis, los conflictos o problemáticas en los procesos de apoyo o acción social calculada y ser capaz de comprender y proporcionar herramientas relacionales.

Como se puede apreciar a lo largo de la tesis, aún en entornos funcionales e institucionalizados donde existen roles normados, las condiciones de atención, en la vida cotidiana, se construyeron con base en la gestión autónoma de sus agentes, en las cuales el principal determinante fue la intersubjetividad entre el personal del servicio de salud y sus usuarios. El sistema de interacción interdependiente no favoreció la funcionalidad normativa para la respuesta al VIH/sida bajo el enfoque que privilegia la atención con dignidad; se observó una discordancia entre los objetivos institucionales (funciones) y las acciones realizadas al momento de prestar el servicio (interacción). El sistema interactivo se encontró determinado por un estigma latente que se manifestó a partir de acciones de maniobra que asumen ambos agentes. Estas maniobras varían dependiendo el agente y momento de la interacción en que se pongan en práctica.

El ME3 ha tenido que lidiar y adecuarse a las condiciones del entorno hospitalario para echar a andar la Clínica de VIH/sida al interior del HGZ.BD.IMSS; emprendiendo nuevas acciones que permitieran sortear las complicaciones de atención en su entorno. Así es como se han ido haciendo rupturas considerables a las regularidades de atención que imperan en el hospital, permitiendo el cambio a partir de acciones individuales y la construcción de interjuegos subjetivos. Esto implicó el intercambio de opiniones fuera de los espacios de interacción, lo que debe considerarse al realizar cualquier investigación de Trabajo Social, pues resultó evidente que la información entre los agentes fue ampliamente discutida entre ellos, por lo que la recolección de la información fue muy delicada en un entorno como éste. Sin embargo, en este contexto es donde el trabajador social investigador debe ejercer o estudiar las determinaciones sociales brindando alternativas para planear la lógica de la recolección y tratamiento de la información, con una perspectiva de diagnóstico situacional, en donde se privilegie el análisis singular, plural o universal con el propósito de dar cuenta de las situaciones sociales concretas, históricas y particulares.

CAPÍTULO VII. ANEXOS

VII.1. ANEXO. 1: FICHA TÉCNICA: HERRAMIENTA PERSONAJE TÍPICO

¿Qué métodos están disponibles?

El diagnóstico comunitario participativo puede usar una variedad de métodos, incluyendo:

1. Grupos de discusión usando herramientas participativas;
2. Consultar documentación oficial, estadísticas e investigaciones;
3. Encuestas, por ejemplo, de Conocimiento, Actitudes y Prácticas;
4. Entrevistas uno por uno con miembros de la comunidad y personas que conozcan bien la comunidad; y
5. Grupos de discusión usando una lista preparada de preguntas estratégicas (enfocada a la discusión grupal).

Tipo	Ejemplo
Mapeo	Mapas de comunidades, mapas de cuerpos, mapas de servicios de salud sexual

Función
Para mirar las relaciones entre las personas y los lugares, o entre las partes de un todo.

- Al secuenciar las herramientas participativas, usualmente resulta útil empezar con las herramientas más descriptivas, por ejemplo, el mapa de la comunidad, etc., para pasar a las herramientas más analíticas, por ejemplo, la telaraña, historieta en cinco cuadros, etc.

Tópicos: Nivel Individual

- Al secuenciar los tópicos del diagnóstico, usualmente resulta útil ir:
 - De los tópicos menos susceptibles a los más susceptibles;
 - De los problemas comunitarios generales a los problemas específicos de la salud sexual y VIH.

Tópico	e.	Secuencia
Comportamientos		Médico (TA)
Características	<input checked="" type="checkbox"/>	Médico familiar (TC)
Actitudes		Persona sana (TA)
Historia		Paciente (TC)
Conocimientos		Enfermedad (TA)
Acciones	<input checked="" type="checkbox"/>	PVV's. (TC)
Habilidades		VIH/sida (TA)
e. Elección		TC: Tema clave. TA: Tema de apoyo.

Documentación final de la consulta comunitaria

Dibujos y diagramas

Copias de los dibujos y diagramas producidos durante el diagnóstico sirven como uno de los principales documentos. Cuando sea posible, los dibujos y diagramas deben permanecer con la comunidad y el equipo del diagnóstico debe hacer copias de todos los dibujos y diagramas que sean producidos. Cuando los dibujos y diagramas no tengan significados claros deben hacerse, en el momento de creación de los dibujos y diagramas, notas adicionales para explicarlos.

Nota: La herramienta fue un personaje típico que explicaba los tópicos de características y acciones, la interpretación la realizaron los participantes y el análisis se realizó con base al marco teórico-metodológico de la investigación

Herramientas

- Mapa de Comunidad
- Bitácora temporal de personaje típico
- Priorización de problemas
- Carta de flujo causa/efecto la telaraña
- Mapa de Cuerpo
- Línea de vida de personaje típico

VII.2. ANEXO. 2: FICHA TÉCNICA: HERRAMIENTA CAMINO A LA SALUD

¿Qué métodos están disponibles?

El diagnóstico comunitario participativo puede usar una variedad de métodos, incluyendo:

1. Grupos de discusión usando herramientas participativas; ✖
2. Consultar documentación oficial, estadísticas e investigaciones; ☐
3. Encuestas, por ejemplo, de Conocimiento, Actitudes y Prácticas; ☐
4. Entrevistas uno por uno con miembros de la comunidad y personas que conozcan bien la comunidad; y ✖
5. Grupos de discusión usando una lista preparada de preguntas estratégicas (enfocada a la discusión grupal). ☐

Tipo	Ejemplo
Mapeo	Mapas de comunidades, mapas de cuerpos, mapas de servicios de salud sexual

Función
 Para mirar las relaciones entre las personas y los lugares, o entre las partes de un todo.

● Al secuenciar las herramientas participativas, usualmente resulta útil empezar con las herramientas más descriptivas, por ejemplo, el mapa de la comunidad, etc., para pasar a las herramientas más analíticas, por ejemplo, la telaraña, historieta en cinco cuadros, etc.

Tópicos: Nivel Individual

- Al secuenciar los tópicos del diagnóstico, usualmente resulta útil ir:
 - De los tópicos menos susceptibles a los más susceptibles;
 - De los problemas comunitarios generales a los problemas específicos de la salud sexual y VIH.

Tópico	e.	Secuencia
Comportamientos		Sospechas de la Inf. o Enf. (TA)
Características		Acciones para acceso al servicio (TC)
Actitudes		Cuadro clínico y tratamiento (TA)
Historia	✖	Acciones dentro del servicio (TC)
Conocimientos		Complicaciones de salud (TA)
Acciones	✖	Acciones de mejora de la salud. (TC)
Habilidades		Estado de salud actual (TA)
e. Elección		TC: Tema clave. TA: Tema de apoyo.

Documentación final de la consulta comunitaria

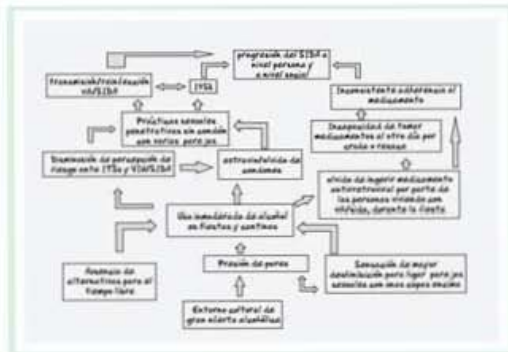
Dibujos y diagramas

Copias de los dibujos y diagramas producidos durante el diagnóstico sirven como uno de los principales documentos. Cuando sea posible, los dibujos y diagramas deben permanecer con la comunidad y el equipo del diagnóstico debe hacer copias de todos los dibujos y diagramas que sean producidos. Cuando los dibujos y diagramas no tengan significados claros deben hacerse, en el momento de creación de los dibujos y diagramas, notas adicionales para explicarlos.

Nota: La herramienta fue un diagrama de flujo que buscaba identificar los tópicos de acciones e historia de la interacción** de los agentes, la interpretación la realizaron los participantes y el análisis se realizó con base al marco teórico-metodológico de la investigación

Herramientas

- Mapa de Comunidad ☐
- Bitácora temporal de personaje típico ☐
- Priorización de problemas ☐
- Carta de flujo causa/efecto la telaraña ✖
- Mapa de Cuerpo ☐
- Línea de vida de personaje típico ✖



**Se buscaba analizar la interacción, por lo que en el caso del "Camino a la Salud" se solicitaron las acciones en situación de reciprocidad: Médicos Familiares: Se solicitó el flujo por el que se han atendido a las PVVs. Pacientes: Se solicitó el camino que habían transitado para llegar a su actual estado de salud en su línea de vida.

VII.3. ANEXO. 3: FICHA TÉCNICA: COMPONENTES Y SUBCOMPONENTES DE SALUD, DIGNIDAD Y PREVENCIÓN POSITIVA.

PASOS SUGERIDOS PARA DESARROLLAR, IMPLEMENTAR Y MONITOREAR UN PROGRAMA DE SALUD, DIGNIDAD Y PREVENCIÓN POSITIVAS



DIAGNÓSTICO DE SU SITUACIÓN: ENTORNO NACIONAL DE POLÍTICAS, LEYES Y PROGRAMAS

10 ¿Cuál es el rol de su organización en la respuesta al VIH dentro del marco de la Salud, Dignidad y Prevención Positivas? Específicamente, evalúe la capacidad de su organización para llevar sus servicios a las PVVIH y abordar los siguientes aspectos:

- Empoderamiento;
- Acceso y promoción de la salud;
- Igualdad de género;
- Salud y derechos sexuales y reproductivos;
- Prevención de nuevas infecciones;
- Derechos Humanos;
- Apoyo social y económico; y
- Monitoreo del impacto.

A su vez, usted deberá considerar de qué forma su organización determina su rol en cuanto a la satisfacción de las necesidades de las PVVIH, con base en la lista anterior. Específicamente, piense cómo abordaría los siguientes temas:

- Plan estratégico organizacional a largo plazo;
- Plan de trabajo anual; y
- Políticas organizacionales internas (ej. estrategias de colaboración, políticas para el centro de trabajo, desarrollo profesional y capacitación, etc.).

EMPODERAMIENTO DE LAS PVVIH Y DE LAS REDES DE PVVIH

META

El empoderamiento conducirá a contar con servicios, programas, políticas y estrategias más efectivos y apropiados, a través de la participación significativa de las PVVIH en todas las etapas del diseño, implementación, monitoreo y evaluación.

SUBCOMPONENTES

- Involucramiento significativo de las redes de PVVIH
- Involucramiento significativo de PVVIH
- Fortalecimiento de capacidades en las redes de PVVIH
- Desarrollo de liderazgo en PVVIH
- Conocimientos básicos de las PVVIH en materia de leyes, derechos y salud

PREVENCIÓN DE NUEVAS INFECCIONES

META

Reducir el número de transmisiones del VIH a través del empoderamiento de las PVVIH para facilitar su acceso al tratamiento y prevención dentro de un contexto de responsabilidades compartidas para la transmisión y exposición

SUBCOMPONENTES

- Educación integral que promueve la responsabilidad compartida
- Acceso a tecnologías de prevención
- Acceso a servicios de PTMI
- Terapia antirretrovírica (TAR) y tratamiento para prevención
- Apoyo para parejas serodiferentes

MEDICIÓN DE IMPACTO

META

Contar con políticas, estrategias y programas efectivos y eficientes para las PVVIH a través del aprendizaje y adaptación continuos, con base en la recopilación de evidencia y las lecciones aprendidas.

SUBCOMPONENTES

- Desarrollo de buenas políticas y prácticas (a través del monitoreo sistemático de avances e impacto)
- Generación y aplicación de evidencia (con liderazgo de PVVIH e involucramiento significativo)
- Desarrollo y adaptación de indicadores (no solamente a nivel nacional)
- Recursos para monitoreo y evaluación (y adaptación de programas con base en evidencia y lecciones aprendidas)

IGUALDAD DE GÉNERO

META

Tomar medidas para asegurar resultados positivos relacionados con la salud mental, social y física de las PVVIH, independientemente de su orientación sexual e identidad de género. Contribuir a los esfuerzos generales a nivel nacional dirigidos a reducir la vulnerabilidad al VIH debido a normas de género dañinas, violencia basada en género y relaciones desiguales de poder.

SUBCOMPONENTES

- Respuestas centralizadas y sistémicas
- Provisión de servicios
- Empoderamiento
- Acciones dirigidas a los factores determinantes sociales y legales

SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

META

Garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las PVVIH mediante servicios basados en los derechos humanos, específicos por grupo de edad y con perspectiva del género; y apoyados con instrucción básica sobre SDCSR

SUBCOMPONENTES

- Salud sexual y bienestar
- Salud reproductiva
- Sexo y sexualidad
- Salud y derechos sexuales y reproductivos considerados como derechos humanos

DERECHOS HUMANOS

META

Los derechos humanos de las PVVIH son respetados y protegidos mediante leyes, la aplicación de las leyes, el acceso a la justicia y la respuesta programática. Las personas que viven con el VIH son tratadas con dignidad y respeto en sus familias y comunidades.

SUBCOMPONENTES

- Reforma de leyes y políticas y su aplicación
- Cambio social y empoderamiento
- Monitoreo y respuesta a violaciones de los derechos humanos

PROMOCIÓN Y ACCESO A LA SALUD

META

Mejores resultados de salud para las PVVIH a través de la provisión de tratamiento, atención y apoyo apropiados, incluyentes, de calidad y sostenibles.

SUBCOMPONENTES

- Acceso al tratamiento para PVVIH
- Atención y apoyo de las PVVIH
- Prevención, diagnóstico y tratamientos de otras infecciones y enfermedades para PVVIH
- Aseguramiento de la calidad y mejoramiento de los servicios de salud para PVVIH

APOYO SOCIAL Y ECONÓMICO

META

Las PVVIH pueden participar plena y significativamente en el empoderamiento económico y social de sus comunidades

SUBCOMPONENTES

- Empleo y empoderamiento económico
- Protección social
- Apoyo para los proveedores de cuidados
- Condiciones de vida saludables



VII.4. ANEXO. 4: LISTA DE ASISTENCIA: TALLER DE CONSEJERÍA EN SEXUALIDAD Y VIH/sida



DELEGACION NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA /U.M.F 29
"BELISARIO DOMINGUEZ"



"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Nacional"

TEMA: Conciencia en Sexualidad y VIH
FECHA: 23/04/2014
SERVICIO: Mediana Familiar
PONENTE: Victor R. Ruiz Roldan

N°	NOMBRE	TURNO	MATRICULA	CATEGORIA	FIRMA
1	[Redacted]	Mat	[Redacted]	MPS	[Signature]
2	[Redacted]	Mat	[Redacted]	MPS	[Signature]
3	[Redacted]	Mat	[Redacted]	MPS	[Signature]
4	[Redacted]	Mat	[Redacted]	MPS	[Signature]
5	[Redacted]	Mat	[Redacted]	Estu	[Signature]
6	[Redacted]	Mat	[Redacted]	Est	[Signature]
7	[Redacted]	Mat	[Redacted]	Estu	[Signature]
8	[Redacted]	Mat	[Redacted]	MPS	[Signature]
9	[Redacted]	Mat	[Redacted]	MPS	[Signature]
10	[Redacted]	Mat	[Redacted]	MPS	[Signature]
11	[Redacted]	HP	[Redacted]	MPS	[Signature]
12	[Redacted]	HP	[Redacted]	MIP	[Signature]
13	[Redacted]	HP	[Redacted]	MIP	[Signature]
14	[Redacted]	Mat. Med. Fam.	[Redacted]	Med. Fam.	[Signature]
15	[Redacted]	MIP	[Redacted]	Med. Fam.	[Signature]
16	[Redacted]	MIP	[Redacted]	Med. Fam.	[Signature]
17	[Redacted]	Med. Fam.	[Redacted]	Med. Fam.	[Signature]
18	[Redacted]	MIP	[Redacted]	[Redacted]	[Signature]
19	[Redacted]	Med. Fam.	[Redacted]	[Redacted]	[Signature]
20	[Redacted]	M.F	[Redacted]	[Redacted]	[Signature]
21	[Redacted]	M.F	[Redacted]	[Redacted]	[Signature]
22	[Redacted]	M.F	[Redacted]	[Redacted]	[Signature]
23	[Redacted]	M.F	[Redacted]	[Redacted]	[Signature]
24	[Redacted]	M.F	[Redacted]	[Redacted]	[Signature]
25	[Redacted]	M.F	[Redacted]	[Redacted]	[Signature]
	[Redacted]	Gen. Vesp. M.F	[Redacted]	[Redacted]	[Signature]
	[Redacted]	M.F	[Redacted]	[Redacted]	[Signature]
	[Redacted]	M.F	[Redacted]	[Redacted]	[Signature]

VII.5. ANEXO. 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL	
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN Interacción entre profesionales de salud y pacientes que viven con VIH en el Hospital General de Zona Belisario Domínguez.	
Nombre del estudio:	Hospital General de Zona Belisario Domínguez del 01 de noviembre del 2014 al 30 de Marzo del 2015
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	El presente estudio permitirá identificar las necesidades de las personas que viven con VIH y reciben su tratamiento en el HGZ. BD IMSS. El presente estudio tiene como finalidad preguntar al participante sobre las dificultades de atención al momento de acceder al diagnóstico y tratamiento reactivo por VIH/SIDA así como la manera en que interactúa con los profesionales de la salud de primer nivel de atención. Se hace contar que la información proporcionada se utilizará con fines de investigación que propicie un ejercicio de reflexión para la mejora de la atención hacia las personas que viven con VIH.
Procedimientos:	Se realizará una entrevista en base a la herramienta de Diagnóstico Comunitario Participativo (DCP). Se solicitará al participante que realice un dibujo y un diagrama de flujo para posteriormente comentarlo con el entrevistador.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Ninguno
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	NO
Participación o retiro:	Voluntario
Privacidad y confidencialidad:	Se me ha informado que todo los datos son anónimos y confidenciales y que solo serán utilizados por el investigador asociado y responsable con la finalidad de la presente investigación.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Ninguno
Beneficios al término del estudio:	Ninguno
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	Investigador Responsable: Dr. Jose Luis Arellano Sánchez, HGZ con UMF 29 Domicilio: Av. 510 No. 100 San Juan de Aragón GAM. Tel. 55514011 ext 21315. josearellanos@imssgob.mx Colaboradores: Maestrante en Trabajo Social: Victor Rodrigo Ruiz Roldan HGZ con UMF 29 Domicilio: Av. 510 No. 100 San Juan de Aragón GAM. Tel. 55514011 ext 21315. rodrigo.ruiz60@hotmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC	
(55) 56 27 69 00 extensión 21230. Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
 Nombre y firma del sujeto	 Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio	
Clave: 2810-009-013	

CAPÍTULO VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alayón, N. (1987) **“Definiendo al trabajo social”**. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Edward-Humanitas.
- Alayón, N. (2005). **“Trabajo Social Latinoamericano. A 40 años de la reconceptualización”**. Buenos Aires, Argentina. Espacio Editorial.
- Arias, A. (2011) **“Aproximaciones teóricas al debate contemporáneo de los derechos humanos”** México DF. CNDH/México.
- Bastida, L. (2011) **“Reporte especial: a treinta años del VIH/sida”**. México, DF. NotiESE.
- Berger, P. Luckmann, T. (1999) **“La construcción social de la realidad”**. Buenos Aires, Amorrortu.
- Boudon, R. (1981) **“La lógica de lo social”**. España. Editoriales Rialp SA.
- Boudon, R. (1985). **“Las teorías del cambio social”**. México, DF. Universidad Autonoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa
- Bourdieu. P. (2010) **“El sentido social del gusto”** México DF. Siglo XXI..
- Cifuentes, R. (2007) **“Metodología integrada en Trabajo Social. Aproximaciones a una fundamentación”**. Bogotá, Colombia. Universidad La Salle.
- CENSIDA (2011) **“Numeralia epidemiológica: El VIH en México 2011”**. Portal consultad el 27 de Julio del 2014. <http://www.censida.salud.gob.mx/>
- CENSIDA. (2014) **“Guía de Manejo Antirretroviral para las personas que viven con VIH”**. México, DF. Centro Nacional para la Prevención y el Control de VIH/sida.
- CENSIDA (2014) **“Guía Nacional para la Prevención del VIH y el sida”**. México, DF. Secretara de Salud.
- CENSIDA. (2015) **“Guía de Manejo Antirretroviral para las personas que viven con VIH”**. México, DF. Centro Nacional para la Prevención y el Control de VIH/sida.
- CENSIDA. (2015) **“Guía Nacional para la Prevención del VIH y sida”**. México, DF. Centro Nacional para la Prevención y el Control de VIH/sida.
- CONAPRED. (2012) **“Reporte sobre la Discriminación en México: Alimentación y Salud”**. México, DF. Comisión Nacional para Prevenir la Discriminación.
- DOF (2004) **“Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica”**. México, DF. Estados Unidos Mexicanos: Presidencia de la República.
- DOF (2009) **“Ley Federal de Metrología y Normalización”**. México, DF. Estados Unidos Mexicanos: Presidencia de la República.
- DOF (2009) **“Ley del Seguro Social”**. México, DF. Estados Unidos Mexicanos: Presidencia de la República.
- DOF (2011) **“Constitución de los Estados Unidos Mexicanos”**. México, DF. Estados Unidos Mexicanos: Presidencia de la República.
- DOF (2013) **“Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos”**. México, DF. Estados Unidos Mexicanos: Presidencia de la República.
- DOF (2014) **“Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación”**. México, DF. Estados Unidos Mexicanos: Presidencia de la República.
- DOF (2015) **“Ley General de Salud”**. México, DF. Estados Unidos Mexicanos: Presidencia de la República.

- Dewhust, S. (1998) **“VIH-1: Biología molecular”**. Málaga, España. Universidad Rochester Medical Center USA.
- Dieterich, H. (1996) **“Nueva guía para la investigación científica”**. México, DF. Ariel.
- Dolors, C. (2008) **“El Trabajo Social Sanitario”**. México. Siglo XXI
- Donabedian, A. (1984) **“La Calidad de la atención Médica”**. México, D.F. La Prensa Médica Mexicana S.A.
- Duque, A. (2013) **“Metodologías de intervención social: Palimpsestos de los modelos en Trabajo Social”**. Colombia. Epi-Logos.
- Durkheim, E. (2001) **“Las reglas del método sociológico”** Distrito Federal, México. Fondo de Cultura Económica.
- Evangelista, E. (2009) **“Trabajo social contemporáneo: Aproximaciones y proyecciones”**. Revista Trabajo Social. UNAM.
- EQMF, 1. (2014) **“Ejercicio de Camino a la Salud: Médicos Familiares (ECS)”**. México, DF. UNAM.
- EQMF, 2. (2014) **“Ejercicio de Camino a la Salud: Médicos Familiares (ECS)”**. México, DF. UNAM
- EQMF 1. (2014) **“Ejercicio de Personaje Típico: Para MF sobre metáfora de médicos familiares, Grupo 1 (PTMF)”**. México, DF. UNAM.
- EQMF 2. (2014) **“Ejercicio de Personaje Típico: Para MF sobre metáfora de médicos familiares, Grupo 2 (PTMF)”**. México, DF. UNAM.
- EQMF 3. (2014) **“Ejercicio de Personaje Típico: Para MF sobre metáfora de médicos familiares, Grupo 3 (PTMF)”**. México, DF. UNAM.
- EQMF 1. (2014) **“Ejercicio de Personaje Típico: Para MF sobre metáfora de pacientes, Grupo 1 (PTP)”**. México, DF. UNAM.
- EQMF 2. (2014) **“Ejercicio de Personaje Típico: Para MF sobre metáfora de pacientes, Grupo 2 (PTP)”**. México, DF. UNAM.
- EQMF 3. (2014) **“Ejercicio de Personaje Típico: Para MF sobre metáfora de pacientes, Grupo 3 PTP)”**. México, DF. UNAM.
- EQMF 2. (2014) **“Ejercicio de Personaje Típico: Para MF sobre metáfora de personas que viven con VIH/sida, Grupo 2 (PTPVVIH)”**. México, DF. UNAM.
- Galván, F. (1985) **“Max Weber: Elementos de Sociología”** México DF. UAM.
- Galván, F. (1988) **“El Sida en México: Los efectos sociales”** México DF. UAM.
- Garrido, L. (2011) **“Habermas y la teoría comunicativa”** En Primera Revista Electrónica en América Latina Especializada en Comunicación. Zona y Palabra.
- Giddens, A. (1993) **“Las nuevas reglas del método sociológico”**. Buenos Aires. Amorrortu.

- GNP/ONUSIDA (2014) **“Salud, Dignidad y Prevención Positiva: Directrices Operativas”**. Estados Unidos. ONUSIDA y Global Network People living with VIH GNP..
- Goffman, E. (1970) **“Ritual de la interacción”**. Buenos Aires. Tiempos Contemporaneos.
- Goffman, E. (1972) **“Internados”**. Buenos Aires. Amorrortu.
- Goffman, E. (2006) **“Estigma: la identidad deteriorada”**. Buenos Aires. Amorrortu..
- Goffman, E. (2006) **“Frame Analysis. Los marcos de la experiencia”**. Madrid. Editorial CIS.
- Goodman L. (2009) **“A conversation with Leo Goodman,”** Statistical Science, Vol. 24. United States, University of Berkeley.
- Gramsci, A. (2001) **“Cuadernos de la Cárcel”** México DF. Nueva era.
- Grmek, Mirko. (2010) **“Historia del Sida”**. México, DF. Siglo XXI Editores.
- Iannitelli, S. (2005) **“Evolución histórica de los métodos en Trabajo Social de caso”** En Trabajo Social con casos de Tomas Fernández García (Coord.). Alianzas Editorial. Madrid, España.
- IMSS. (1994) **“Proceso general para la atención integral de los enfermos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-SIDA)”**. México, DF. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- IMSS (2004) **“Norma que establece las disposiciones para otorgar atención en unidades médicas hospitalarias de segundo y tercer nivel del IMSS”**. México, DF. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- IMSS (2010) **“Norma que establece las disposiciones para la prestación de la atención médica en las unidades de medicina familiar”**. México, DF. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- IMSS (2013) **“Informe del Cribado del continuo de atención: Clínica de VIH”**. México, DF. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- International HIV/AIDS, A. (2009) **“Diagnóstico Comunitario Participativo”**. Yucatán México. PECA.
- Jodelet, D. (1986) **“La representación social: fenómenos, concepto y teoría”**. En: Moscovici, Serge (comp.). Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Barcelona, Ediciones Paidós.
- Lamamoto, M. (1992) **“Servicio social y división del trabajo”**. Brasil. Cortez Editora.
- Le Bone, G. (2004) **“Psicología de las masas”**. Buenos Aires, Argentina. Editorial Virtual.
- Lewin, K. (1988) **“La Teoría de Campo en la Ciencia Social”** Paidós, Ciudad de México.
- Lizón, W. 2007. (2007) **“Procesos microsciológicos y efectos de composición”**. Buenos Aires, Amorrortu.
- López, A.; Reyez, ME. (2010) **“Erving Goffman: microinteracción y espacio social”**. México, DF, UAM-Xochimilco
- Luckmann, T. (1996) **“La teoría de la acción social”**. Barcelona. Paidós.
- Lugo. M. (2015) **“Derecho a la salud en México: Problemas de su fundación”**. México, DF. CNDH/México.

- Lutz, B. (2001) **“La acción social en la teoría sociológica”**. En Revista Argumentos. México DF. UAM-X.
- Magis, Carlos. (2000) **“La respuesta al sida: Mejores prácticas”**. México, DF. Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA.
- Magis-Rodriguez. C. (2014) **“La atención médica de las personas que viven con VIH/Sida: La cascada de atención 2012”**. Cuernavaca, Morelos. Diplomado Multidisciplinario de VIH/Sida, del 15 de abril del 2014.
- Martínez-Brawley, E. Tello, N. (2000) **“Estados Unidos”, Trabajo Social en Algunos Países, apuntes para su comprensión”**. México, DF. Fomento Editorial UNAM.
- ME3. (2015) **“Entrevista de Contexto: Médico Especialista Titular de la Clínica de VIH/SIDA en el Hospital General de Zona, Belisario Domínguez del IMSS (ECXT)”**. México, DF. UNAM.
- Mead, G. (2000) **“Espíritu, persona y sociedad”**. México, DF. Editorial Paidós.
- MF 5. (2014) **“Sondeo Individual: Para quinto médico familiar (S.I.)”**. México, DF. UNAM.
- MF 7. (2014) **“Sondeo Individual: Para quinto médico familiar (S.I.)”**. México, DF. UNAM.
- MF 8. (2014) **“Sondeo Individual: Para quinto médico familiar (S.I.)”**. México, DF. UNAM.
- Miranda, M. (2003) **“Pragmatismo, interaccionismo simbólico y Trabajo Social. De como la caridad y la filantropía se hicieron científicas”**. Universidad Rovira y Virgili. Tarragona.
- Montaño, C. (2000) **“La naturaleza del servicio social: un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción”**. Brasil. Cortez Editora.
- Monsiváis. C. (1996) **“El sida y el sentido de urgencia” en Mark Platts, Sida: aproximaciones éticas”**. México, DF. UNAM, IIF, FCE
- Murcia, M. (2010) **“Memorias de la lucha contra el SIDA: Los primeros años”**. México, DF. Historiadores de las Ciencias y las Humanidades AC.
- OMS. (2013) **“Directrices Consolidadas de la OMS sobre la Prevención del VIH, Diagnóstico, Tratamiento y Atención a las Poblaciones Claves”**. Luxemburgo. Organización Mundial de la Salud.
- Olson, M. (1985) **“Auge y decadencia de las naciones”**. Barcelona, España. Ariel
- OMS. (2004) **“Participación de la comunidad: sensibilización y acción”**. En Informe sobre la salud en el mundo. Estados Unidos. Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2013) **“Directrices Consolidadas de la OMS sobre la Prevención del VIH, Diagnóstico, Tratamiento y Atención a las Poblaciones Claves”**. Luxemburgo. Organización Mundial de la Salud.
- Onofre, A. (1996) **“La atención de pacientes con SIDA en el IMSS”**. México, DF. SIDALAC.
- ONUSIDA (2004) **“Informe Mundial sobre la epidemia del SIDA”**. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida.
- ONUSIDA (2007) **“Directrices Internacionales sobre VIH/sida y los derechos humanos: versión consolidada 2006”**. Suiza. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/sida.
- ONUSIDA (2010) **“Informe Mundial sobre la epidemia del SIDA 2010”**. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida.
- ONUSIDA (2010) **“Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del SIDA”**. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida.

ONUSIDA (2014) **“Marco de Monitoreo al Continuo de Atención al VIH 2014”**. Programa Conjunto de las Naciones Unidad sobre el VIH/sida.

ONUSIDA. (2011) **“Análisis Regional Consolidado de los Informes UNGASS Presentado por 17 países de América Latina en 2010”**. Programa Conjunto de las Naciones Unidad sobre el VIH/sida.

ONUSIDA, GNP+ (2011) **“Salud, Dignidad y Prevención Positiva”**. Túnez, Red Mundial de Personas que viven con VIH/sida y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/sida.

ONUSIDA. (2013) **“Salud, Dignidad y Prevención Positiva: Directrices operacionales”**. Estados Unidos. Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/sida y Global Network People living with VIH GNP.

OPS. (2009) **“Marco de Monitoreo del Continuo de la Atención al VIH 2014”**. Oficina Regional para las Américas. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana para la salud.

ONUSIDA. (2011) **“Orientaciones terminológicas de ONUSIDA”**. Estados Unidos. Programa Conjunto de las Naciones Unidad sobre el VIH/sida.

OPS. (2009) **“Proyecto para la provisión de cuidado integral para hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en América Latina y el Caribe (PAHO)**. Panamá. Organización Panamericana de la Salud.

OPS/OMS (2013) **“Resolución CD52/R11 sobre Protección Social en Salud”**. Panamá. Organización Panamericana de la Salud.

Parsons, T. (2001) **“Estructura de la acción social”** Madrid, España. Editores Guadarrama.

PVVs, 05. (2014) **“Entrevista con Herramienta de Camino a la Salud: Paciente 22 (ECS)”**. México, DF. UNAM.

PVVs, 08. (2014) **“Entrevista con Herramienta de Camino a la Salud: Paciente 22 (ECS)”**. México, DF. UNAM.

PVVs, 11. (2014) **“Entrevista con Herramienta de Camino a la Salud: Paciente 22 (ECS)”**. México, DF. UNAM.

PVVs, 15. (2014) **“Entrevista con Herramienta de Camino a la Salud: Paciente 22 (ECS)”**. México, DF. UNAM.

PVVs, 16. (2014) **“Entrevista con Herramienta de Camino a la Salud: Paciente 22 (ECS)”**. México, DF. UNAM.

PVVs, 21. (2014) **“Entrevista con Herramienta de Camino a la Salud: Paciente 22 (ECS)”**. México, DF. UNAM.

PVVs, 22. (2014) **“Entrevista con Herramienta de Camino a la Salud: Paciente 22 (ECS)”**. México, DF. UNAM.

PVVs, 03. (2014) **“Entrevista con Herramienta de Personaje Típico: Para PVVIH sobre metáfora de pacientes, Paciente 3 (PTP)”**. México, DF. UNAM.

PVVs 06. (2014) **“Entrevista con Herramienta de Personaje Típico: Para PVVIH sobre metáfora de pacientes, Paciente 6 (PTP)”**. México, DF. UNAM.

PVVs 10. (2014) **“Entrevista con Herramienta de Personaje Típico: Para PVVIH sobre metáfora de médicos familiares, Paciente 10 (PTMF)”**. México, DF. UNAM.

PVVs 11. (2014) **“Entrevista con Herramienta de Personaje Típico: Para PVVIH sobre metáfora de pacientes, Paciente 11 (PTP)”**. México, DF. UNAM.

PVVs 14. (2014) **“Entrevista con Herramienta de Personaje Típico: Para PVVIH sobre metáfora de médicos familiares, Paciente 14 (PTMF)”**. México, DF. UNAM.

PVVs 15. (2014) **“Entrevista con Herramienta de Personaje Típico: Para PVVIH sobre metáfora de pacientes, Paciente 15 (PTP)”**. México, DF. UNAM.

PVVs 17. (2014) **“Entrevista con Herramienta de Personaje Típico: Para PVVIH sobre metáfora de médicos familiares, Paciente 17 (PTMF)”**. México, DF. UNAM.

PVVs 21. (2014) **“Entrevista con Herramienta de Personaje Típico: Para PVVIH sobre metáfora de médicos familiares, Paciente 21 (PTMF)”**. México, DF. UNAM.

Rámírez, M. (2002) **“Las lecturas sobre el pasado de Trabajo Social”**. En Revista de Trabajo Social No.4. Universidad Nacional de Colombia.

Richmond, M. (1977) **“Caso social individual”**. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu.

Ringer, F. (1997) **“Max Weber's Methodology: The Unification of the Cultural and Social Sciences”** Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press

Rivera, A. (2012) **“Blumenberg y el debate sobre la secularización”**. Revista de Filosofía Eikasía. Universidad de Murcia.

Schutz, A. Luckmann, T. (2004) **“Las estructuras del mundo de la vida”**. México, DF. Amorrortu.

Sontag, S. (1984) **“Contra la interpretación”**. Barcelona, España. Seix Barral.

Sontag, S. (1988) **“El sida y sus metáforas”**. México DF. Taurus.

SS. (2010) **“Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana”**. México, DF. Secretaría de Salud

SS. (2013) **“Programa de Acción Específico: Respuesta al VIH, sida e ITS, 2013-2018”**. México, DF. Secretaría de Salud.

Tannenbaum. N. (2002) **“From charitable volunteers to architects of social welfare: A brief history of social work.”** Journal of the Cuban American Alliance. V.2.

Thompson, J. (1997) **“Ideología y Cultura Moderna: Teoría Crítica en el área de la comunicación de masas”**. México, DF. Universidad Autónoma Metropolitana: Unidad Xochimilco.

Valero, A., Rosado, M. (2004) **“Apuntes sobre la génesis del Trabajo Social mexicano: Manual de Trabajo Social”**. México DF. Plaza y Valdez.

Valero, A. (2013) **“Caracterización del Trabajo Social: Los periodos del trabajo social”**. México, DF. Curso Propedéutico Maestría en Trabajo Social, UNAM.

Weber, M. (1974) **“Economía y sociedad”**. México, DF. Fondo de Cultura Económica.

Weber, M. (2012) **“La ética protestante y el espíritu del capitalismo”**. Madrid, España. Alianza Editores.