



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

**LA DISCRIMINACIÓN DE LOS INFECTADOS
POR VIH/SIDA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ISAÍAS PEDRAZA TREJO

DIRECTORA:

DRA. MARÍA DEL CARMEN MONTENEGRO NÚÑEZ

REVISORES:

LIC. JOSÉ MANUEL MARTÍNEZ
LIC. CECILIA MONTES MEDINA





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.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Hemos aprendido a volar como los pájaros, a nadar como los peces; pero no hemos aprendido el sencillo arte de vivir como hermanos.

Martin Luther King (1929-1968).

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis es una posibilidad convertida en realidad, es el final de un camino emprendido y que abre la posibilidad de recorrer nuevos caminos venciendo nuevos retos, mientras existan desafíos a enfrentar la vida seguirá adelante y vivir vale la pena.

Esta tesis, no es solo fruto de los conocimientos adquiridos en los libros, sino que es producto de un conjunto de experiencias y de emociones que acompañaron a su proceso de realización.

El terminar esta tesis, como reto a vencer y como final de un camino ha sido gracias al Ser Insondable e Infinito, a la Energía Primera de la cual surgen todas las cosas y cuyo nombre no puede ser expresado, va mi agradecimiento, de Él procedo y en Él me reuniré al final de mis experiencias.

El terminar esta tesis, como nueva realidad, me emociona y me hace sentir un agradecimiento sin límites por muchas personas. En primer lugar deseo agradecer a mi familia. A mis padres, quienes no me dieron las respuestas, pero me transmitieron los valores de laboriosidad, disciplina y constancia, herramientas que me han ayudado para encontrarlas. A mis tres hijas, Rosita, Carmelita y Myriam, su presencia ha sido motivo más que suficiente para autosuperarme.

A la UNAM por la oportunidad de poder cursar esta licenciatura, a todos mis profesores y en especial a la Dra. Ma. Del Carmen Montenegro Núñez, directora de este trabajo de investigación, porque gracias a sus conocimientos, experiencias y dedicación desinteresada ha propiciado que este trabajo llegue a buen término y me abre nuevas posibilidades profesionales.

Mis amigos son pocos, pero muy valiosos, su apoyo siempre estuvo presente, gracias mil, no quiero citar a alguien en especial porque todos me han impulsado con sus estímulos sinceros y sin condiciones.

Hoy, ante esta posibilidad convertida en realidad, he aprendido que si existen ideales a realizar, retos a vencer y caminos que recorrer la vida continúa y merece ser vivida.

ÍNDICE

Introducción	5
Capítulo 1	
Antecedentes	9
Capítulo 2	
Conceptuando el objeto de estudio	24
1.1. Información básica del Sida	24
1.2. La discriminación y sus componentes (creencias, estereotipos, actitudes, prejuicios, estigma y representación social).	26
Capítulo 3	
La moral como dispositivo para discriminar a personas con VIH/SIDA	56
2.1. La moral laica y la moral religiosa	56
2.2. El VIH/SIDA como motivo de discriminación	70
Capítulo 4	
Las normas político-jurídicas referentes a la discriminación y al VIH/SIDA	86
3.1. Marco jurídico contra la discriminación	86
3.2. Políticas Públicas para prevenir el VIH/SIDA	86
I. Discusión	100
¿Es posible evitar la discriminación?	113
II. Conclusiones	119
Referencias	121

INTRODUCCIÓN.

Según ONUSIDA: “La discriminación se produce cuando se realiza contra una persona una distinción que da lugar a que sea tratada parcial e injustamente por pertenecer, o porque se perciba que pertenece, a un grupo particular” (ONUSIDA, Campaña Mundial contra el SIDA. 2002-2003). La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2012) consagra el mandato de no discriminar en el Artículo 1º Constitucional párrafo quinto: “Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”. Sin embargo, de acuerdo a la *Encuesta Nacional contra la Discriminación* realizada por el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación en 2010, encontramos que el 35.9 % de la población en México discrimina a los infectados por Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) al no estar dispuestos a permitirles que vivan en su casa. (CONAPRED, 2010).

La discriminación contra los infectados por VIH/SIDA es probablemente una de las causas principales por la cual el virus se propaga con tanta intensidad, porque una vez infectados no están dispuestos a ser objeto de discriminación, lo que obstaculiza el poder realizar un correcto y oportuno abordaje de la afección (acceso a las pruebas de VIH, diagnóstico adecuado, tratamiento integral y prevención de su diseminación). (Ayelén, 2012).

La discriminación y estigmatización hacia los infectados por el virus de HIV/SIDA, no obstante el conocimiento que ya existe de esta enfermedad, incorpora un sinnúmero de creencias, por ejemplo el temor fundado de contraer la enfermedad por establecer contacto con seropositivos; la creencia de que la enfermedad se contrae a causa de comportamientos inmorales o impropios. (CENSIDA, 2009). Las raíces del estigma y discriminación de los infectados por VIH/SIDA son profundas y se encuentran en las estructuras de género, económicas, raciales y sexuales, que pueden ser encontradas en cada sociedad. (Aggleton, Parker. & Maluwa, 2002).

Una de las consecuencias más graves de la discriminación es la creación del autoestigma. Los prejuicios en muchos casos afectan al enfermo hasta el punto que los asume como verdaderos y pierde la confianza en su recuperación. Estos estereotipos y prejuicios terminan por instalarse en la persona, que asume esas actitudes emocionales negativas, la persona pierde la sensación de dominio sobre su situación personal, se siente incapaz de buscar trabajo o de vivir en forma independiente.

De acuerdo a ONUSIDA (2012. Informe mundial de avances en la lucha contra el SIDA), la tasa de mortalidad por SIDA ha disminuido de manera considerable, en 2011 hubo 1.7 millones de muertes relacionadas con el SIDA, un número menor que los 2.3 millones de 2005. A partir de la introducción de los antirretrovirales (ARV) ha venido mejorando la supervivencia a la infección entre 25 y 44 años de edad.

El principal objetivo del programa nacional de tratamiento ARV es aumentar la calidad y supervivencia de las personas con VIH/SIDA. La supervivencia de adultos y niños con el VIH que siguen con vida y se tiene constancia de que continúan en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica en México 2009 fue de 88.1%; no se observan diferencias por sexo. (CONASIDA, 2010).

Aunque la supervivencia de los infectados por VIH/SIDA se ha incrementado sin embargo el estigma y discriminación de que son objeto persiste, esto lo podemos corroborar de acuerdo a las encuestas realizadas por la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), así en el 2009 se recibieron 101 quejas de presuntas violaciones de derechos humanos de personas que viven con VIH/SIDA. (Wikipedia, 2012) Por otra parte, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF, 2010) recibió, de enero a octubre de 2010, 56 quejas por probable violación de los derechos humanos de personas que refirieron vivir con VIH/SIDA.

Estigma, discriminación y VIH y SIDA son palabras que están totalmente asociadas. (Miradas y voces. Consorcio, 2007). En nuestro país y en el mundo las personas que viven con VIH/SIDA sufren constantemente diversas formas de discriminación y estigmatización. Los principales motivos de esta situación están relacionados con la ignorancia sobre las formas reales de transmisión del virus, el temor a la enfermedad y a la muerte.

El VIH/SIDA no es una enfermedad mortal. Es una enfermedad crónica sensible a los tratamientos médicos, no obstante, la epidemia ha continuado su expansión. La desigualdad entre sexos, el estigma y la discriminación debilitan los esfuerzos por frenar el avance de la propagación del virus. Esto se debe a que, por una parte no se han resuelto las condiciones sociales que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad relacionados con el virus. Por otra parte debido al fuerte estigma que pesa sobre los seropositivos, el cual genera que, muchos prefieran no realizarse el test y continuar ignorando su estado de salud o no comunicar el resultado, lo cual hace imposible tomar las medidas de bioseguridad necesarias para evitar su propagación.

La enfermedad del SIDA es el detonador que ha sacado a flote nuestros miedos y prejuicios que giran en torno a nuestro concepto de vida y muerte. El SIDA ha sacado lo mejor y lo peor de cada persona. La descripción médica sobre la

etiología de la enfermedad ha contribuido para que se crea en la conciencia de los individuos una determinada representación social de la enfermedad.

La enfermedad del SIDA tiene en la actualidad una representación social, (Sevilla. 2010) que se ha ido construyendo a partir de su aparición; se asocia e identifica con características físicas peculiares, como la delgadez del cuerpo y de la cara, la palidez, la presencia de verrugas, el cansancio, el aparente envejecimiento prematuro o deterioro físico, diarreas continuas, altas temperaturas, enfermedades respiratorias y problemas de la piel, y, en efecto, estas características aparentemente distintivas van conformando la representación social del SIDA. Pero también esta imagen ha sido manipulada en sentido negativo por algunos medios de comunicación que presentan un tipo de información amarillista; han muerto de SIDA miles de personas de todos los países del mundo, de todas las religiones, de todas las posiciones sociales; pero destacan aquellos cuyo talento ha dejado huella en la memoria de los hombres, entre ellos están Rock Hudson, Michel Foucault, Rudolf Nureyev, Freddie Mercury, Christopher Gillis, entre otros.

La discriminación implica las expresiones de estereotipos, imágenes, prejuicios. La discriminación y valorización son actitudes reflejo de la forma en que un sujeto o grupo social piensa con respecto a otro u otros. Son comportamientos que se asumen desde una posición de superioridad, en la que el otro u otros son calificados como inferiores. Son actitudes claras o encubiertas, pero están presentes en la mayoría de los sujetos. El problema es identificarlas para tratar de eliminarlas y desterrarlas, no sólo de nuestras actitudes, sino también de nuestro lenguaje y cultura.

Esto es lo que intentamos en el presente trabajo, de acuerdo al objetivo general que nos hemos propuesto:

Identificar y analizar, a través de una revisión documental, la funcionalidad social de la discriminación como un dispositivo que favorece el control sexual, a través de los estudios de personas con VIH/SIDA.

El trabajo aborda en el capítulo 1, los datos estadísticos sobre el VIH/SIDA donde podemos identificar que en México, En México, según el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA) en el año de 2011 se presentaron 3,964 casos nuevos de SIDA, con un total acumulado en los últimos cinco años de 30,723; mientras los casos de VIH detectados en 2011 fueron 4,255 y el total de los últimos cinco años fue de 18,682 Además de estas cifras, en este apartado se describen otros datos empíricos relativos al SIDA, tanto a nivel mundial como los relativos a Latinoamérica, México y al DF, recopilados a través de fuentes oficiales: ONU, ONUSIDA, CONAPRED, CONASIDA Y CDHDF.

En el capítulo 2 se abordan los elementos constitutivos de nuestro objeto de estudio: 1) información básica del SIDA y 2) la discriminación y sus componentes

como son creencias, estereotipos, actitudes, prejuicios, representación social y estigma. Los documentos de ONUSIDA, CONAPRED, y los autores Goffman, (2006) y Morales, (2007) son la fuente principal para definir estos conceptos.

En el capítulo 3 después de definir que es “moral” se establece una diferencia entre moral laica y moral religiosa, para ello se recurre a Núñez (2000), Foucault (2002), Durkheim (2011), Girard (1986) y Becker (1971); y a los documentos como son la Biblia y el Catecismo de la Iglesia Católica (1992). Para conocer como el VIH/SIDA es motivo de discriminación acudiremos a los documentos de CONAPRED, de la CNDH y la CDHDF; y las noticias en periódicos y revistas nacionales.

En el capítulo 4, por considerar “que quien no conoce sus derechos no puede reclamarlos” abordaremos las normas político-jurídicas referentes a la discriminación, para esto es muy útil la obra de Torre: *Derecho a la no discriminación* (UNAM, 2006), en lo que se refiere a la no discriminación de los afectados por VIH/SIDA se consultan los documentos emitidos por la CDHDF, CONAPRED y CONASIDA, los Poderes de la Unión de los Estados Unidos Mexicanos. Esto sin dejar de lado lo que determina la Constitución Mexicana.

Para una adecuada lucha contra la discriminación conviene que se desarrollen políticas públicas coherentes en los diversos ámbitos. Para este fin se analizan principalmente el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, el Programa Nacional de Salud 2007-2012, el documento Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas y el Informe sobre la discriminación en Iberoamérica del año 2008.

I Discusión.

¿Es posible evitar la discriminación? De acuerdo a lo revisado a lo largo de este trabajo, bajo la óptica de la moral “religiosa”, la discriminación aparece como un instrumento de dominación de los integrantes de una sociedad para castigar a los “desviados” o a los que son “diferentes”, sin embargo la educación sexual puede influir para disminuir el contagio de VIH/SIDA y al hacerlo influye indirectamente a decrementar la discriminación.

II. Conclusiones

Se establecerán las conclusiones finales producto del trabajo en su totalidad

CAPÍTULO 1 ANTECEDENTES

En México, según el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA) en el año de 2011 se presentaron 3,964 casos nuevos de SIDA, con un total acumulado en los últimos cinco años de 30,723; mientras los casos de VIH detectados en 2011 fueron 4,255 y el total de los últimos cinco años fue de 18,682.

Además de estas cifras, en este apartado se describen otros datos empíricos relativos al SIDA, tanto a nivel mundial como los relativos a Latinoamérica y al DF, recopilados a través de fuentes oficiales. Entre otros aspectos, se analiza el panorama epidemiológico y la prevalencia e incidencia de los últimos cinco años. Los informes emitidos por la ONU, ONUSIDA, CONAPRED, CONASIDA Y CDHDF sirven de base para este propósito.

Si conocemos los datos estadísticos del tamaño del problema de la epidemia del VIH/SIDA podemos darnos cuenta de la magnitud de la discriminación que se ejerce contra los infectados por este virus.

Aspectos epidemiológicos

A fines de 2010, (Tabla 1) aproximadamente 34 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo, un 17% más que en 2001. Esto refleja el continuo gran número de nuevas infecciones por el VIH y una expansión significativa del acceso al tratamiento antirretrovírico, que ha ayudado a reducir las muertes relacionadas con el SIDA, especialmente en los últimos años. Esto es lo que nos indica el número de personas que mueren por causas relacionadas con el SIDA que disminuyó a 1,8 millones en 2010, cien mil menos que en 2001. Según datos de ONUSIDA (2011) el número de muertes relacionadas con el SIDA alcanzó su nivel máximo de 2,2 millones a mediados de los años 2000. Desde 1995, se ha evitado un total de 2,5 millones de muertes en países de ingresos bajos y medianos debido al tratamiento antirretrovírico que se introdujo.

Situación a nivel Mundial		Año	
		2001	2010
Adultos y niños que viven con VIH		28.6 millones	34.0 millones
Nuevas infecciones en adultos y niños por VIH		3.1 millones	2.7 millones
Prevalencia en adultos (%)		0.8	0.8
Muertes de adultos y niños a causa del SIDA		1.9 millones	1.8 millones
Prevalencia (%) en jóvenes (15-24años)	Varón	0.4	0.3
	Mujer	0.8	0.6

Tabla 1: Situación del VIH/SIDA a nivel mundial. ONUSIDA. 2011.

Por otra parte en 2010, hubo 2,7 millones [2,4 millones–2,9 millones] de nuevas infecciones por el VIH. Esto representó un 15% menos que en 2001. El número de personas que se infectan por el VIH sigue en descenso, en algunos países más rápido que en otros. La incidencia del VIH ha caído en 33 países, 22 de los cuales pertenecen a África Subsahariana, la región más afectada por la epidemia de SIDA.

ONUSIDA (2011) afirma que “Nos encontramos en la antesala de un importante hito en la respuesta al SIDA. La visión de un mundo en el que no se produzca ni una sola infección por el VIH, libre de discriminación y donde nadie muera como consecuencia del SIDA...Las nuevas infecciones siguen disminuyendo y un número sin precedente de personas sigue el tratamiento.”

El número total de personas que viven con el VIH (Tabla 2) en América Latina sigue en crecimiento. Ese incremento se atribuye parcialmente al aumento de personas que viven con el VIH y que reciben tratamiento antirretrovírico, lo que ha ayudado a reducir el número de muertes anuales relacionadas con el SIDA. El número de nuevas infecciones en 2010 relativamente es mayor que en 2001, además hubo un descenso considerable en las muertes relacionadas con el SIDA en los niños entre 2001 y 2010.

Si se relaciona la prevalencia en adultos se encuentra una notable diferencia entre América Latina con un 0.4 y el nivel mundial con un 0.8, lo mismo en prevalencia en jóvenes varones y mujeres con un 0.2 para América Latina contra un 0.3 en jóvenes varones y un 0.6, en 2011, a nivel mundial.

Situación a nivel América Latina		Año	
		2001	2010
Adultos y niños que viven con VIH		1.3 millones	1.5 millones
Nuevas infecciones en adultos y niños por VIH		99,000	100,000
Prevalencia en adultos (%)		0.4	0.4
Muertes en adultos y niños a causa del SIDA		83,000	67,000
Prevalencia (%) en jóvenes (15-24 años)	Varón	0.2	0.2
	Mujer	0.1	0.2

Tabla 2 Situación del VIH/SIDA en América Latina. ONUSIDA. 2011.

Hasta el 31 de marzo de 2012 (Figura 1) los casos diagnosticados de SIDA en México fueron de 127,807 para los hombres y de 27,818 para las mujeres, en lo que se refiere al VIH se diagnosticaron 29,254 en hombres y 10,670 de mujeres. (Figura 2) Por lo tanto existe mayor cantidad de hombres infectados de VIH/SIDA que de mujeres. Arely Cano (2010), una mujer que se ha convertido en símbolo de la defensa de los derechos de las personas con VIH al frente de la organización conocida como *Asonvihsida*, afirma:

“También hay ideas que empujan a los hombres a mantener relaciones sexuales con varias mujeres para mostrar su hombría y a hacerlo sin condón, a pesar de que se sabe que éste es el método más recomendado para no adquirir el virus.”

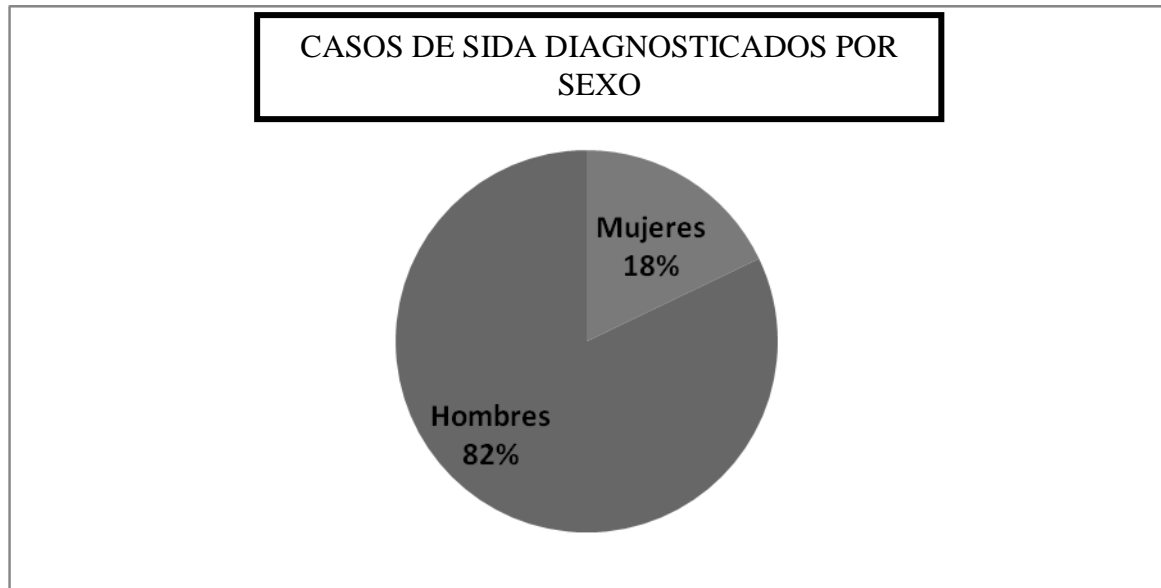


Figura 1. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de marzo de 2012
S/S, Censida, Dio. CENSIDA, 2012.



Figura 2. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de marzo de 2012. S/S, Censida, Dio. CENSIDA, 2012.

Los casos diagnosticados de VIH se incrementan año con años (Figura 3) mientras que los casos de SIDA acumulados disminuyen, esto demuestra que el tratamiento con antirretrovirales está siendo tan efectivo que permite que los infectados con VIH no desarrollen el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

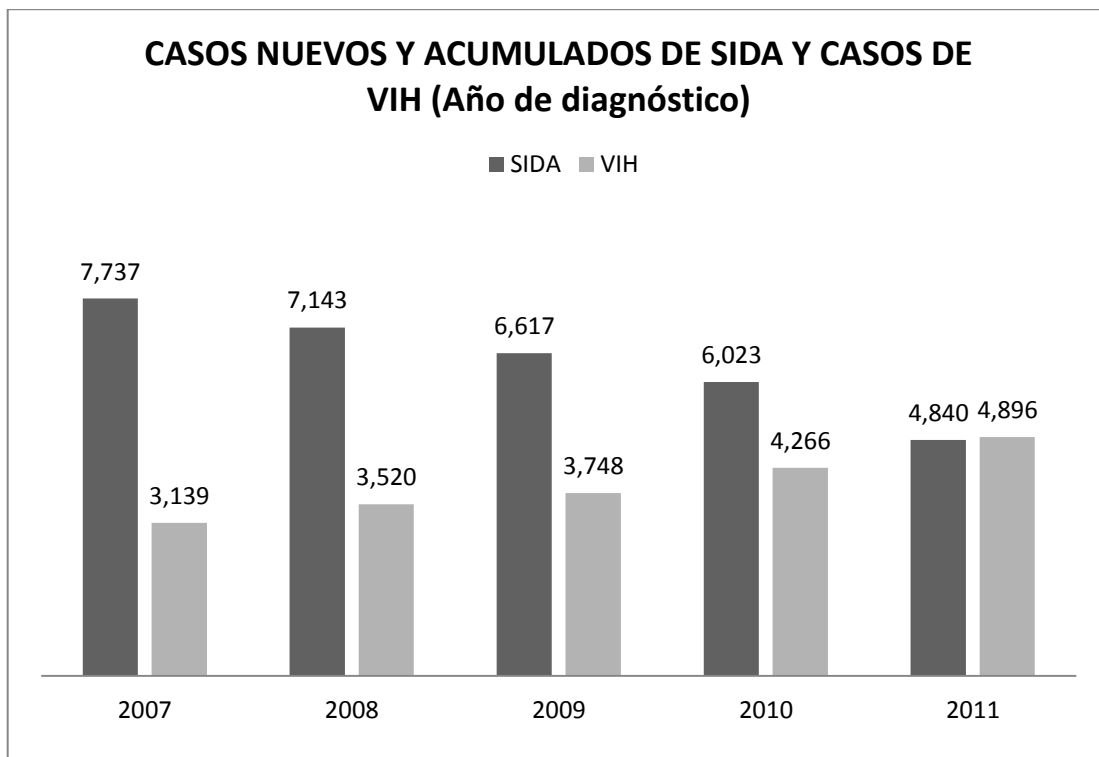


FIGURA 3. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de marzo de 2012
S/S, Censida, Dio. CENSIDA, 2012.

La SSA es la institución que notifica más casos de SIDA diagnosticados y casos de VIH detectados (Figuras 4 y 5), lo anterior se debe, seguramente, a que a la mayor parte de la ciudadanía carente de medios económicos y no estar afiliada al ISSSTE o al IMSS le es más accesible esta institución.

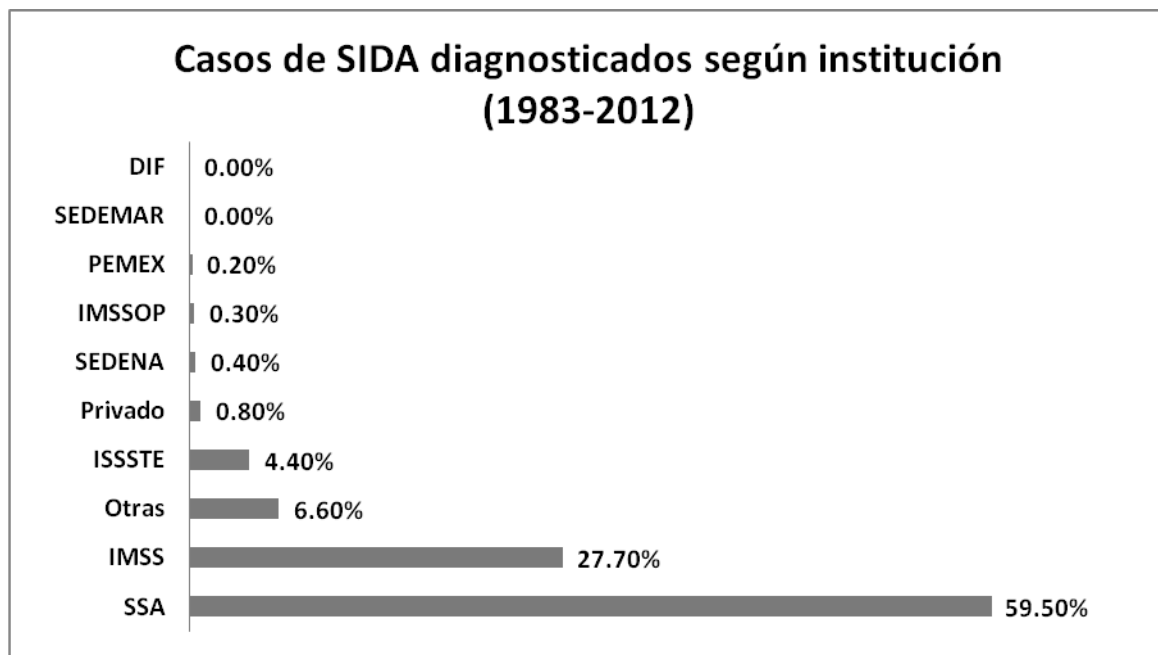


Figura 4. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de marzo de 2012
S/S, Censida, Dio. CENSIDA. 2012.

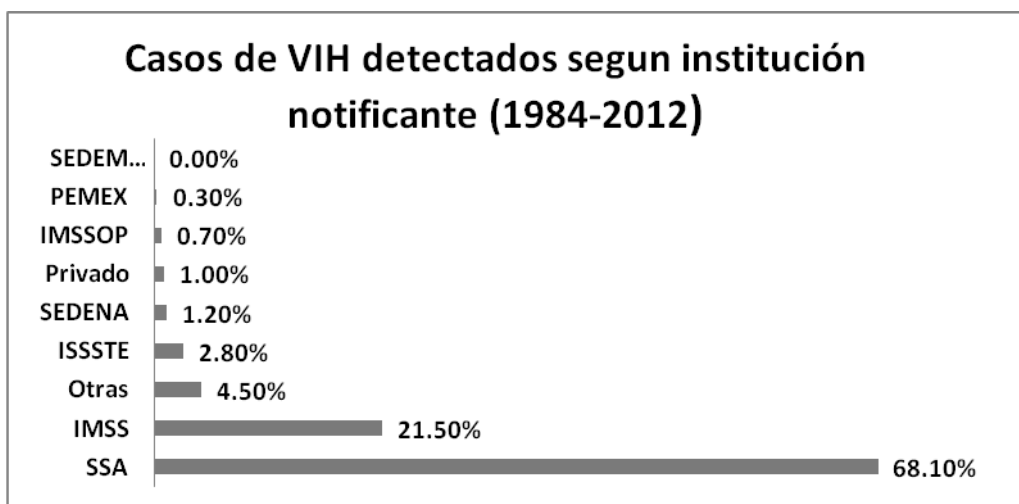


Figura 5. Casos de VIH según institución notificante. CENSIDA. 2012

En lo que se refiere a la edad en que existe mayor posibilidad de contraer el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida estando infectado de VIH (Tabla 3) es entre los 25 y 29 años de acuerdo a los datos de los años 2008 y 2009, y entre los 30 y 34 años según los datos de los años 2007, 2010 y 2011 (CENSIDA, 2012)

Casos nuevos y acumulados de SIDA por edad según año de diagnóstico

Edad	2007	2008	2009	2010	2011
0-4	121	82	86	61	31
5-9	34	21	21	22	11
10-14	17	12	15	14	9
15-19	164	170	163	156	97
20-24	788	722	668	647	457
25-29	1,423	1,285	1,165	1,052	728
30-34	1,447	1,267	1,141	1,072	737
35-39	1,242	1,104	939	881	617
40-44	904	815	790	758	480
45-49	632	626	535	462	319
50-54	395	393	308	318	225
55-59	243	244	216	184	111
60-64	142	115	109	92	69
65 o más	139	132	99	93	72

Tabla 3: Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de marzo de 2012.
S/S, Censida, Dio. CENSIDA 2012.

En cuanto a la edad en que existe mayor posibilidad de ser infectado por el virus del VIH (Tabla 4) es de 25 a 29 años, este dato además no está indicando los años en que el Ser Humano lleva a cabo más intercambios sexuales.

Casos nuevos y acumulados de VIH detectados por edad según año de diagnóstico

Edad	2007	2008	2009	2010	2011
0-4	58	30	30	21	36
5-9	12	23	9	13	11
10-14	5	3	11	9	10
15-19	187	216	210	230	222
20-24	562	686	748	838	807
25-29	666	716	792	843	897
30-34	558	602	635	726	751
35-39	410	483	481	521	553
40-44	268	317	324	336	382
45-49	179	203	192	246	281
50-54	110	123	134	129	149
55-59	55	68	53	70	83
60-64	40	33	37	37	34
65 o más	36	30	31	41	39

Tabla 4: Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de marzo de 2012
S/S, Censida, Dio (CENSIDA. 2012)

También es muy interesante conocer la categoría de transmisión y la edad en que se presenta más esta transmisión (Tabla 5). En lo referente a la infección por virus VIH su transmisión por vía sexual como la edad en que se presentan más casos es de 25 a 34 años; en cuanto al desarrollo del Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida los datos de que se dispone nos informan que por transmisión tanto sexual como sanguínea se presenta entre los 30 y 34 años mientras que en hombres que tienen sexo con hombres es de 25 a 29 años. Existe un dato bastante obvio en referente a la transmisión perinatal tanto del VIH/SIDA es de 0 a 4 años.

CASOS acumulados por edad y por categoría de transmisión (1983-2012)

Edad	Transmisión sexual		Transmisión sanguínea		HSH-UDI		Perinatal	
	SIDA	VIH	SIDA	VIH	SIDA	VIH	SIDA	VIH
0-4	12	3	59	0	0	0	1,760	550
5-9	16	7	83	2	0	0	411	175
10-14	79	42	95	4	0	0	119	33
15-19	2,074	2,049	114	34	7	0	0	0
20-24	10,836	7,231	397	80	32	2	0	0
25-29	19,059	8,050	768	87	81	2	0	0
30-34	20,240	6,848	824	104	69	5	0	0
35-39	16,430	5,012	673	74	45	6	0	0
40-44	11,983	3,382	485	28	21	4	0	0
45-49	7,872	2,083	276	21	14	1	0	0
50-54	5,014	1,258	203	5	8	0	0	0
55-59	3,140	663	112	5	2	0	0	0
60-64	1,675	385	64	2	2	0	0	0
65 y más	1,562	374	81	0	0	0	0	0

Tabla 5: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de Marzo del 2012. Procesó:
SS/CENSIDA

En el año en que se diagnosticaron más casos de SIDA fue en 2007 y el año en que se notificaron más casos fue en 2008 (Tabla 6). Los 763 casos de 2012 sólo abarcan los tres primeros meses del ese año, por lo que se esperan 3052 casos de diagnosticados y notificados. De 2008 al 2012 los casos diagnosticados y notificados van a la baja lo que nos indican que el control de esta enfermedad está obteniendo buenos resultados. Estas cifras son muy esperanzadoras y muestran que se está luchando acertadamente contra el flagelo del SIDA.

Casos nuevos de sida por año: diagnosticados y notificados.

Año	Diagnosticados	Notificados
2007	7,737	7,663
2008	7,143	12,337
2009	6,617	8,937
2010	6,023	8,517
2011	4,840	7,691
2012	763	763

Tabla 6: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de Marzo del 2012. SS/CENSIDA

Mientras la posibilidad de contraer la enfermedad del SIDA va a la baja gracias a la eficacia de los tratamientos antirretrovirales aplicados en los últimos años (Figura 6), por su parte los casos de infección de VIH aumentan año con año, (Tabla 7, Figura 7), este incremento se debe, entre otras posibles causas, el no protegerse cuando se llevan a cabo relaciones sexuales y a que se ha presentado últimamente este fenómeno sobre todo en hombres que tiene sexo con hombres (HSH) sin protección alguna. Algunas de las razones que aducen los HSH es que en el sexo carente de preservativos existe una “comunidad viral” y “significa receptividad, confianza, intimidad, vulnerabilidad y espiritualidad.” (Goss, 2002).



Figura 6. Casos nuevos de SIDA por año.

Año	Casos de VIH
2007	3,139
2008	3,520
2009	3,748
2010	4,266
2011	4,896
2012	999

Tabla 7: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de Marzo del 2012. SS/CENSIDA

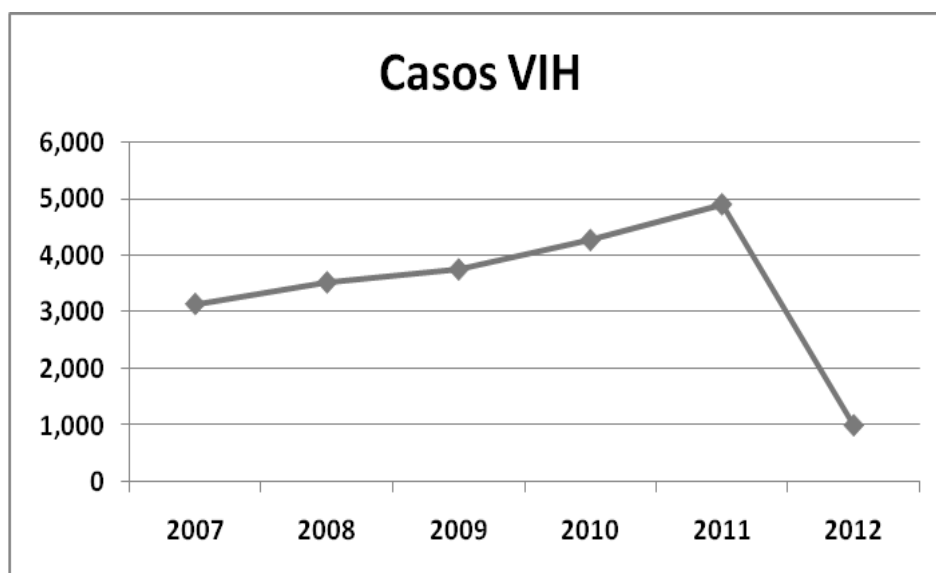


Figura 7. Casos de VIH por año en gráfica de acuerdo a los datos proporcionados por SS/CENSIDA

La creencia generalizada es que los más expuestos a la transmisión del SIDA son los homosexuales. Los datos de la Tabla 8 informan, que en el caso de los jóvenes entre 15 y 29 años existe más casos de enfermos de SIDA en los heterosexuales (37.2 %), aunque la diferencia con los homosexuales es mínima (37.0).

Casos nuevos y acumulados de SIDA en jóvenes (15-29 años) por categoría de transmisión y sexo (1983-2012)

Categoría de transmisión	Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%
Homosexual	9,817	37.0 %	-	-
Bisexual	5,852	22.1 %	-	-
Heterosexual	9,869	37.2 %	6,431	94.0 %
Transfusión sanguínea	254	1.0 %	333	4.9 %
Hemofilia	105	0.4 %	-	-
Donador	91	0.3 %	12	0.2 %
UDI	415	1.6 %	66	1.0 %
Exposición ocupacional	1	0.0 %	2	0.0 %
HSH-UDI	120	0.5 %	-	-

Tabla 8: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de Marzo del 2012. SS/CENSIDA

Esta misma creencia de que los más expuestos a la transmisión del SIDA son los homosexuales no concuerda con la realidad mostrada en la Tabla 9 la cual nos indica que entre los heterosexuales adultos, de 30 años o más, es de un 44.1 % en el género masculino y de 91.7 % del género femenino, mientras que solo existe un 30.2 % en los homosexuales adultos, es notable la diferencia de 13.9 %. Así la creencia de que el SIDA es una epidemia “rosa” se convierte en mito porque los adultos heterosexuales están más expuestos a contraer el SIDA que los homosexuales adultos.

Casos nuevos y acumulados de SIDA en adultos (30 años y más) por categoría de transmisión y sexo (1983-2012)

Categoría de transmisión	Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%
Homosexual	17,753	30.2 %	-	-
Bisexual	13,282	22.6 %	-	-
Heterosexual	25,955	44.1 %	10,926	91.7 %
Transfusión sanguínea	591	1.0 %	880	7.4 %
Hemofilia	68	0.1 %	-	-
Donador	223	0.4 %	39	0.3 %
UDI	838	1.4 %	74	0.6 %
Exposición ocupacional	3	0.0 %	2	0.0 %
HSH-UDI	161	0.3 %	-	-

Tabla 9. SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de Marzo del 2012. Procesó: SS/CENSIDA

Analizando las principales causas de la mortalidad a nivel nacional encontramos, que el VIH/SIDA ocupa el séptimo lugar con una tasa del 7.2 % por 100,000 habitantes entre las personas en edad productiva (Tabla 10).

Principales causas de mortalidad en edad productiva
De 15 a 64 años, 2008. Nacional

Orden	Descripción	Defunciones	Tasa por 100 000 habitantes	%
1	Diabetes mellitus	29 554	42.8	14.6
2	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	18 086	26.1	8.9
3	Enfermedades isquémicas del corazón	14 968	21.6	7.4
4	Accidentes de tráfico de vehículo motor	13 314	19.2	6.8
5	Agresiones (homicidios)	12 689	18.3	6.3
6	Enfermedad cerebro vascular	7 054	10.2	3.5
7	VIH/SIDA	4 961	7.2	2.4
8	Nefritis y nefrosis	4 749	6.8	2.3

Tabla 10. Principales causas de mortalidad de 15 a 64 años. Secretaría de Salud/Sistema Nacional de Información en Salud, 2008S

Si se analizan las principales causas de mortalidad nacional (2008) encontramos en primer lugar la diabetes mellitus, mientras el SIDA ocupa el lugar 15 precedido por el tumor maligno de estómago, lugar 14, y seguido en el lugar 16 por el tumor maligno de próstata (Tabla 11).

Principales causas de mortalidad general, 2008. Nacional

Orden	Descripción	Defunciones	Tasa por 100 000 habitantes	%
1	Diabetes mellitus	75 572	70.8	14.0
2	Enfermedades isquémicas del corazón	59 579	55.8	11.1
3	Enfermedad cerebro vascular	30 212	28.3	5.6
4	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	28 422	26.6	5.3
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	20 565	19.3	3.8
6	Accidentes de vehículo de motor	16 882	15.8	3.1
7	Enfermedades hipertensivas	15 694	14.7	2.9
8	Infecciones respiratorias bajas	15 096	14.2	2.8
9	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	14 767	13.8	2.7
10	Agresiones (homicidios)	13 900	13.0	2.6
11	Nefritis y nefrosis	12 592	11.8	2.3
12	Desnutrición calórico proteica	8 310	7.8	1.5
13	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	6 697	6.3	1.2
14	Tumor maligno del estómago	5 509	5.2	1.0
15	VIH/SIDA	5 183	4.9	1.0
16	Tumor maligno de la próstata	5 148	4.8	1.0
17	Tumor maligno del hígado	5 037	4.7	0.9
18	Tumor maligno de la mama	4 840	4.5	0.9
19	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	4 668	4.4	0.9
20	Tumor maligno del cuello del útero	4 031	3.8	0.7

Tabla 11. Principales causas de mortalidad a nivel nacional. Secretaría de Salud/Sistema Nacional de Información en Salud, 2008.

Si consideramos las causas de mortalidad en hombres, de nuevo, la diabetes mellitus está en primer lugar, el SIDA ocupa el 14º lugar con un 8.0 por cada 100,000 habitantes, en el lugar 13 encontramos el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón y en la posición 15 la desnutrición calórico proteica. Teniendo en cuenta los datos hasta aquí aportados podemos concluir que los hombres por el así denominado “machismo” están más expuestos a contraer el VIH/SIDA y a morir a consecuencia de ello, los datos de la Secretaría de Salud del año de 2008 nos los demuestran (Tabla 12).

Principales causas de mortalidad en hombres. 2008
Nacional

Orden	Descripción	Defunciones	Tasa por 100 000 habitantes	%
1	Diabetes mellitus	33 265	63.4	11.1
2	Enfermedades isquémicas del corazón	31 318	59.7	10.4
3	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del corazón	20 922	39.9	7.0
4	Enfermedad cerebro vascular	13 894	26.5	4.6
5	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	11 830	22.5	3.9
6	Agresiones (homicidios)	11 119	21.2	3.7
7	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	8 606	16.4	2.9
8	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	7 808	14.9	2.6
9	Infecciones respiratorias agudas bajas	7 727	14.7	2.6
10	Enfermedades hipertensivas	6 353	12.1	2.1
11	Nefritis y nefrosis	6 223	11.9	2.1
12	Tumor maligno de la próstata	4 959	9.5	1.7
13	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	4 414	8.4	1.5
14	VIH/SIDA	4 199	8.0	1.4
15	Desnutrición calórico proteica	4 165	7.9	1.4
16	Lesiones autoinflidas intencionalmente (suicidios)	3 614	6.9	1.2
17	Tumor maligno del estómago	2 857	5.4	1.0
18	Uso de alcohol	2 726	5.2	0.9
19	Tumor maligno del hígado	2 248	4.3	0.7
20	Ahogamiento y sumersión accidentales	2 150	4.1	0.7

Tabla 12. Principales causas de mortalidad en hombres. Secretaría de Salud/Sistema Nacional de Información en Salud, 2008

Prevalencia-Incidencia

La prevalencia mide la proporción de personas que en un área geográfica y periodo de tiempo establecido sufren una determinada enfermedad. (Universidad de Chile, 2009)

La prevalencia tiene tres componentes:

- ✓ Casos existentes: Definición de caso
- ✓ Población en riesgo de estar enferma
- ✓ Punto en el tiempo al que corresponde la prevalencia

La prevalencia se calcula dividiendo el número de individuos que padecen el trastorno (numerador) por el número total de habitantes del área considerada incluyendo a los que la padecen.

La prevalencia puede referirse a espacios determinados de tiempo por ejemplo un mes, un año o toda la vida.

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{Número de casos}}{\text{Población en riesgo durante el periodo de tiempo}}$$

Es un parámetro útil porque permite describir un fenómeno de salud, identificar la frecuencia poblacional del mismo y generar hipótesis. La utilizan normalmente los epidemiólogos, las personas encargadas de la política sanitaria, las agencias de seguros y en diferentes ámbitos de la salud pública.

Características de la prevalencia (Wikipedia, 2010):

1. Es una proporción. Por lo tanto, no tiene dimensiones y su valor oscila entre 0 y 1, aunque a veces se expresa como porcentaje.
2. Es un indicador estático, que se refiere a un momento temporal.
3. La prevalencia indica el peso o la abundancia del evento que soporta una población susceptible, teniendo su mayor utilidad en los estudios de planificación de servicios sanitarios.
4. En la prevalencia influye la velocidad de aparición del evento y su duración. Por ello es poco útil en la investigación causal y de medidas terapéuticas.
5. La prevalencia de una enfermedad en una población determinada influye en la eficacia real de una prueba para diagnosticar dicha enfermedad en esa población concreta.

La prevalencia del VIH/SIDA en diez años y a nivel mundial (Tabla 13) no ha cambiado (0.8), el fenómeno parece estar estable lo cual nos indica que la infección no ha avanzado, detener la epidemia en sí es un principio para alcanzar la visión de ONUSIDA: “0 infecciones por el VIH. 0 discriminación. 0 muertes relacionadas con el SIDA.” (ONUSIDA. 2011).

En donde si se observa un cambio es en la numeralia referente a jóvenes, en varones entre 15 y 24 años, en los totales tenemos una modificación de 0.4 a 0.3 mientras que en las mujeres de la misma edad es de 0.8 a 0.6. Si observamos los cambios efectuados con respecto a este fenómeno en la estimación regional del África Subsahariana es de 5.9 a 5.0, y aún es más notable la disminución de la prevalencia, en la misma región, con referencia a las mujeres es de 5.2 a 3.3, recordemos que esta es la región en donde se encuentra más presente la infección del VIH. Lo anterior nos indica el gran avance que se tiene en la lucha contra el VIH especialmente en el África Subsahariana.

Estimaciones regionales y totales	Prevalencia en adultos (%)		Prevalencia en jóvenes % (15-24 años)			
	2001	2010	Varón		Mujer	
			2001	2010	2001	2010
África Subsahariana	5.9	5.0	2.0	1.4	5.2	3.3
Oriente Medio y África del Norte	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.2
Asia Meridional y Suboriental	0.3	0.3	0.2	0.1	0.2	0.1
Asia Oriental	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Oceanía	0.2	0.3	0.1	0.1	0.2	0.2
América Latina	0.4	0.4	0.2	0.2	0.1	0.2
Caribe	1.0	0.9	0.4	0.2	0.8	0.5
Europa Oriental y Asia Central	0.3	0.9	0.3	0.6	0.2	0.5
Europa Occidental y Central	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1
América del Norte	0.5	0.6	0.3	0.3	0.2	0.2
Total	0.8	0.8	0.4	0.3	0.8	0.6

Tabla 13. Prevalencia del VIH/SIDA a nivel mundial. ONUSIDA, 2011

ONUSIDA informó, en el Reporte Global de la Epidemia de SIDA 2010, en sus estimaciones para México la prevalencia de 0.334 casos por cada 100 personas de 15 a 49 años (Tabla 14)

Indicadores de Prevalencia del VIH/SIDA de ONUSIDA para México, 2011.

Indicadores año 2010	Estimado
Población total viviendo con VIH	Intervalo: 151,438 a 223,704
Prevalencia (15-49 años)	0.334
Muertes por SIDA (Total)	4,192
Nuevas infecciones en adultos (mayores a 15 años)	5,956
Adultos en necesidad de tratamiento	81,133
Niños (0-14 años) en necesidad de tratamiento	1,642
Madres en necesidad de profilaxis para evitar transmisión vertical	736
Cobertura en Antirretrovirales (Total)	78 %

Tabla 14. Indicadores de Prevalencia de VIH/SIDA para México. CENSIDA 2011

Se estima que 38,400 personas viven con VIH en el Distrito Federal (2010). Este número representa el 17% del total nacional. La prevalencia de VIH resultante de esta estimación es del 0.77%, la más alta del país. También se ha calculado, usando la metodología de ONUSIDA, que anualmente se infectan 2,100 personas con el VIH, lo que representa el 21% de las nuevas infecciones de todo el país.

La prevalencia de VIH en el Distrito Federal de 0.77 % es cinco veces mayor a la prevalencia de Zacatecas (0.15 %).

Desde el inicio de la epidemia y hasta el 30 de septiembre de 2010. El Distrito Federal ocupa el primer lugar con 23,156 casos acumulados (16% del total nacional). El 59% de esas personas ya murió.

Anualmente se diagnostican entre 1200-1300 casos nuevos de SIDA en el D. F. el 89% de los casos corresponden a hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (una epidemia altamente concentrada). El 26% de los casos son de jóvenes de 15-29 años; y un 50% en personas de 30-44 años de edad. (Secretaría de Salud-Ciudad de México, 2012).

Ahora abordamos la incidencia que mide el número de casos nuevos que surgen en un área geográfica y en un periodo de tiempo determinado. (Universidad de Chile, 2009)

La incidencia tiene tres componentes:

- ✓ Casos nuevos: Diagnóstico
- ✓ Población en riesgo: Susceptibles de adquirir la enfermedad
- ✓ Intervalo de tiempo: Tiempo de observación

La Tasa de incidencia es la proporción de casos nuevos en una población en riesgo en un periodo de tiempo establecido.

$$\text{Tasa de incidencia} = \frac{\text{No. casos nuevos}}{\text{Población en riesgo durante el periodo de tiempo}}$$

La incidencia de SIDA para México en el año 2006 de la población en general era de 7.1 y en el año de 2010 de 3.4. (Tabla 15 y Figura 8). Estos datos son halagadores, la enfermedad del SIDA se presenta menos, esto se debe a la aplicación de los retrovirales, no olvidar que los casos de infección por VIH siguen a la alza. Esto último, entre otras causas, se debe a el no querer protegerse en el momento de las relaciones sexuales y a que se presenta un nuevo fenómeno entre los homosexuales: “cada vez existen más personas que practican el Barebacking¹, simplemente porque quieren contagiarse del SIDA. ... lo hacen por el placer del riesgo, por esto a esta parafilia se le ha llamado Ruleta Rusa Sexual.” (Esteves, 2010).

¹ Barebacking o bareback traducido como Sexo a pelo, se originó en la comunidad gay para describir actos sexuales sin protección. Los practicantes del bareback sienten atracción y/o excitación en practicar sexo sin protección. Wikipedia, 2013.

Incidenia: casos de SIDA en México según año de diagnóstico
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (2010)

Año	Casos		Total	Incidenia
	Hombres	Mujeres		
2006	5,857	1,578	7,435	7.1
2007	5,934	1,587	7,521	7.1
2008	5,123	1,378	6,501	6.1
2009	4,332	1,098	5,430	5.0
2010	2,904	740	3,644	3.4

Tabla 15. Incidenia de SIDA en México. 2006-2010



Figura 8. Incidenia de casos de SIDA en México. 1983-2010

Tanto la prevalencia como la incidenia son datos de una gran importancia a la hora de planificar los recursos necesarios en un sistema sanitario ya que nos acercan a una estimación del número potencial de usuarios que pueden acceder a los servicios sanitarios.

El VIH/SIDA es un problema de salud pública, los datos estadísticos nos muestran como la cantidad de enfermos de SIDA van a la baja mientras que los infectados por VIH se incrementan en número, esto nos manifiesta que la ignorancia sobre las formas reales de transmisión del virus propician su transmisión, la implementación de políticas públicas pueden propiciar el decremento de esta pandemia. Los datos estadísticos sobre la magnitud del problema de la epidemia del VIH/SIDA tanto a nivel mundial como nacional, nos muestran la magnitud del campo donde se puede manifestar la problemática de la discriminación que se ejerce contra los infectados por este virus.

CAPÍTULO 2

CONCEPTUANDO EL OBJETO DE ESTUDIO

El objeto de estudio de la presente tesis es la discriminación de los infectados por VIH/SIDA, por lo que consideramos pertinente analizar y diferenciar brevemente los conceptos relativos al cuadro viral, su estructura y su manifestación clínica; y a continuación definir los conceptos de estigma y discriminación y las definiciones implicadas en estas nociones como son las creencias, los estereotipos, los prejuicios y las representaciones sociales.

PRIMERA PARTE

Información básica del SIDA

Por ser tan abundante la información médica sobre el VIH/SIDA, aquí sólo brevemente exponemos lo relativo al cuadro viral, su estructura y su manifestación clínica.

VIH es la sigla correspondiente a “Virus de la Inmunodeficiencia Humana” (ONUSIDA, 2008). Es un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario (principalmente las células TCD4 positivas y los macrófagos, componentes clave del sistema inmunitario celular) y destruye o daña su funcionamiento. La infección por este virus provoca un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que deriva en "inmunodeficiencia".

Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando no puede cumplir su función de combatir las infecciones y las enfermedades. Las personas inmunodeficientes son más vulnerables a diversas infecciones, la mayoría de las cuales son poco comunes entre personas sin inmunodeficiencia. Las infecciones asociadas con la inmunodeficiencia grave se conocen como "infecciones oportunistas", ya que aprovechan la debilidad del sistema inmunitario.

SIDA es un término que corresponde a “Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida” y constituye una definición de vigilancia basada en indicios, síntomas, infecciones y cánceres asociados con la deficiencia del sistema inmunitario que resulta de la infección por el VIH.

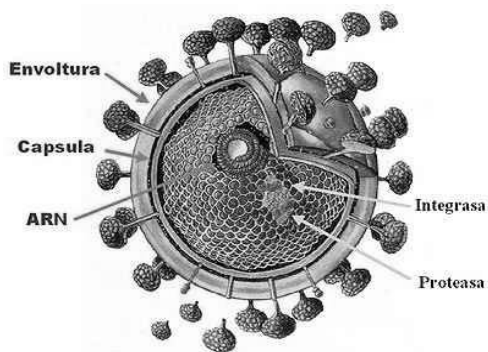


Figura 9. Imagen del VIH

El virión del VIH mide entre 80 y 120 nanómetros de diámetro, aproximadamente esférico y tiene un centro cilíndrico y está rodeado por una capa lipídica con glucoproteínas de envoltura gp120 y gp41. (González. 2007).

Su genoma tiene 2 copias a ARN (una sola hebra), es lineal, en general (VIH-1 y VIH-2) mide entre 9.8 y 10.3 kpb.

En su interior cuenta con 3 tipos de proteínas específicas, necesarias para su replicación viral:

- Transcriptasa Inversa (RT)
- Integrasa (PR)
- Proteasa (IN)

El VIH-1 presenta 9 genes, tres de ellos forman proteínas estructurales comunes en los retrovirus (los genes gag, pol y env), los otros 6 no son estructurales, que codifican para dos proteínas reguladoras (genes tat y rev) y cuatro para proteínas accesorias (genes vpu, vpr, vif y nef).

El VIH-2 le falta el gen vpu, presentando en su lugar otro llamado vpx.

Las proteínas estructurales son codificadas por los genes gag, pol y env, y su secuencia cubre la mayor parte del genoma viral, quedando sólo una parte menor para el resto de los genes.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) el VIH se puede transmitir 1) mediante relaciones sexuales, ya sean vaginales, anales o bucales, sin protección alguna con una persona infectada, 2) por transfusión de sangre contaminada; 3) por compartir agujas, jeringas u otros objetos punzocortantes contaminados, 4) una madre infectada puede transmitir el virus al hijo durante el embarazo, el parto o el amamantamiento.

La mayoría de las personas que se han infectado por el VIH no lo saben ya que los síntomas no se manifiestan inmediatamente después de contraer el virus. Sin embargo, algunas desarrollan el "síndrome retroviral agudo" durante la seroconversión, una enfermedad parecida a la mononucleosis infecciosa, que causa fiebre, erupciones, dolor articular e inflamación de los nódulos linfáticos. La seroconversión alude al desarrollo de anticuerpos contra el VIH y generalmente tiene lugar entre la primera y la sexta semana tras a la infección.

Una persona infectada por el VIH, independientemente de que tenga o no síntomas iniciales, es altamente contagiosa durante este periodo inicial. La única forma de determinar si el VIH está presente en el cuerpo es mediante pruebas para detectar anticuerpos del VIH o el propio VIH.

Una vez que el VIH ha provocado un deterioro progresivo del sistema inmunitario, la vulnerabilidad ante diferentes infecciones puede hacer visibles los síntomas. La infección por el VIH se divide en diferentes etapas establecidas por la Organización Mundial de la Salud en función de diversos indicios, síntomas, infecciones y cánceres (ONUSIDA, 2008).

Las etapas clínicas en el desarrollo del VIH son:

- Etapa clínica I: asintomática o inflamación general de los nódulos linfáticos.
- Etapa clínica II: pequeñas pérdidas de peso, manifestaciones mucocutáneas leves e infecciones recurrentes de las vías respiratorias altas.
- Etapa clínica III: diarrea crónica sin causa aparente, fiebre persistente, candidiasis o leucoplaquia oral, infecciones bacterianas graves, tuberculosis pulmonar e inflamación necrotizante aguda en la boca. Algunas personas tienen SIDA en esta etapa.
- Etapa clínica IV: incluye 22 infecciones oportunistas o cánceres relacionados con el VIH. Todas las personas que se encuentran en esta etapa tienen SIDA.

SIDA es un término de vigilancia definido por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), y por el Centro Europeo para la Vigilancia Epidemiológica del SIDA.

El término SIDA se aplica para las etapas más avanzadas de la infección por el VIH, momento en el que se manifiesta alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o cánceres relacionados con el VIH. Además, el CDC define el SIDA en función de que el nivel de células TCD4 positivas presente en la sangre sea menor de 200 por mm^3 .

El periodo de tiempo en que una persona infectada por el VIH desarrolla el SIDA puede variar considerablemente de un individuo a otro. La mayoría de las personas infectadas por el VIH, si no recibe tratamiento, desarrolla síntomas de enfermedades relacionadas con el VIH tras 5 o 10 años, pero el lapso que transcurre desde que la persona se infecta por el VIH hasta que le diagnostican SIDA puede ser de 10 a 15 años, a veces incluso mayor. La terapia antirretrovírica puede ralentizar la progresión de la enfermedad al disminuir la carga vírica de la persona infectada.

La OMS recomienda que inicien el tratamiento todos los adolescentes y adultos infectados por el VIH que se encuentren en la etapa IV o que tengan un nivel menor de 200 células T CD4 positivas por mm^3 de sangre, así como algunas personas que se encuentran en la etapa III. (Ibídem).

SEGUNDA PARTE

La discriminación y sus componentes: creencias, estereotipos, actitudes, prejuicios, representaciones sociales y estigma.

La definición de conceptos es fundamental, ya que una vez establecidos se puede abordar la problemática. Se definen los conceptos de estigma y discriminación y los conceptos implicados en estas definiciones como son creencias, estereotipos, prejuicios y representaciones sociales. Los documentos de ONUSIDA,

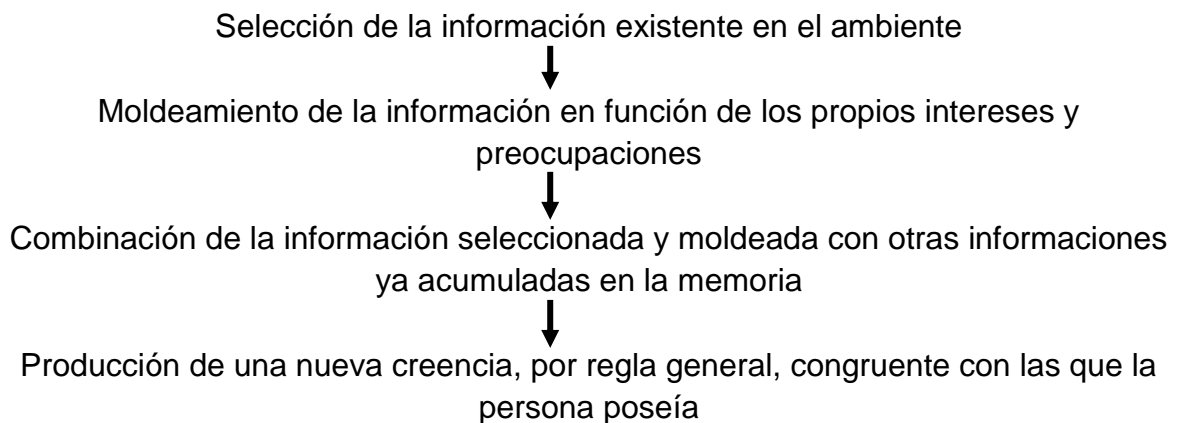
CONAPRED, los autores Abbnano (1985), Goffman (2006), Morales (2007) y Núñez (2000) son la fuente principal para definir estos conceptos.

Para Abbnano (1985), creencia es la actitud del que reconoce como verdadera una proposición y, por lo tanto, la disposición positiva respecto a la validez de una noción cualquiera. La creencia no implica la validez objetiva de la noción que acepta ni excluye esta validez; del mismo modo no tiene necesariamente un alcance religioso pero por otra parte no excluye esta determinación.

De acuerdo a Morales (2007) existe un conjunto de creencias esenciales que las personas tienen sobre sí mismas y los otros. Son creencias implícitas que se basan en la experiencia emocional y a las que las personas se adhieren fuertemente, hasta el punto de que las mantienen incluso ante evidencias en contra.

Según Alcock (1995 en Morales 2007), el ser humano ha desarrollado un sistema de creencias para mantener la supervivencia, utilizando una metáfora se puede decir que es una máquina de creencias que no está orientada hacia la verdad ni se guía necesariamente por las leyes de la lógica. Este sistema puede generar tanto creencias falsas como verdaderas, las creencias generadas sirven para orientar las acciones futuras de las personas. La máquina de creencias funciona de acuerdo a una secuencia que presentemos enseguida:

Secuencia de la máquina de creencias.



(Morales, 2007:196)

Bonfil (2012) se pregunta por qué la gente, a pesar de tener tanta información científica confiable a su alcance, sigue creyendo en cosas absurdas que son simples fraudes, sigue comprando curas milagrosas y en general, conserva creencias que se oponen frontalmente al conocimiento científico actual.

Andrew Shtulman (2012 en Bonfil 2012) al pedir a 150 estudiantes que valoraran 200 afirmaciones si eran ciertas o falsas, descubrió que el conocimiento científico no suplanta las creencias erróneas, sino que sólo las suprime o enmascara. Encontró que el tiempo de respuesta de los sujetos era ligeramente más largo

(centésimas de segundo) cuando la visión intuitiva y la científica discrepaban. Esto revela que cuesta trabajo mental dar la respuesta correcta, aunque sea conocida, porque hay un conflicto con la respuesta intuitiva. Este efecto, llamado “disonancia cognitiva” no es nada nuevo; es bien conocido por psicólogos y pedagogos desde hace décadas.

Parkens (1975 en Morales, 2007) desarrolla la idea de las creencias como un “mundo de los supuestos” para referirse a un repertorio de supuestos acerca del mundo y del yo que, de forma característica, la persona considera fiables, mantiene con firmeza y a los que recurre cuando tiene que planificar y actuar.

La implicación de esta idea es que cuando tienen lugar sucesos vitales importantes, “transiciones psicosociales” se hace preciso establecer un nuevo mundo de supuestos, el cual, pese a que lleva grandes costes, inversión en tiempo y energía, es imprescindible si se trata de mantener una vida satisfactoria

En sintonía con Parkens, Janoff-Bulman defiende que las personas desarrollan a lo largo del tiempo un sistema básico que les permite funcionar de manera eficiente y les proporciona expectativas acerca del mundo y de sí mismos

El contenido de las *creencias básicas* de las personas gira en torno a tres categorías primarias:

1) *Sobre el carácter benevolente del mundo en general:* las personas son optimistas y piensan que suceden más cosas positivas que negativas: La personas se sienten invulnerables, tienden a pensar que su futuro es positivo, creen que tienen menos probabilidad que la persona media de sufrir hechos negativos y creen que tienen más probabilidad de que le ocurran hechos positivos. Estas creencias son coherentes con el optimismo ilusorio y, también con la ilusión de invulnerabilidad: la fuerza de estas creencias es mayor si se refieren a hechos infrecuentes y es mayor también en las personas que no han experimentado hechos negativos.

2) *Sobre el mundo benevolente y los otros en quien confiar.* Las personas tienden a creer que el mundo social es benevolente, que las personas son buenas y bondadosas, y a sentirse integradas socialmente.

3) *Acerca de la integración social.* Se refiere a la participación en redes sociales y relaciones íntimas en las que se recibe respeto y amor y que, a la vez, impiden la soledad y el aislamiento.

Las creencias acerca de la integración social, de acuerdo a Morales (2007), se encuadran dentro de la misma categoría que las creencias culturales compartidas. Las creencias culturales compartidas ayudan a las personas a afrontar la ansiedad ante la muerte. Es el planteamiento de la “Teoría del manejo del terror existencial”, que defiende que las creencias culturales ayudan a las personas a

afrontar la ansiedad ante la muerte. Al adherirse a ellas las personas consiguen asegurarse una inmortalidad literal o simbólica.

Existe un *segundo conjunto de creencias* que hacen referencia al sentido del mundo, el control, el azar y la justicia. *Las personas creen que el mundo tiene sentido y propósito*, que existe orden y predictibilidad en el mundo, que este se puede entender y comprender. Las creencias en el control del mundo favorecen la sobrevaloración que las personas hacen de su capacidad de control, afirman que las cosas no ocurren por azar y que las personas reciben lo que se merecen y merecen lo que les ocurre.

Las creencias sobre el mundo justo propicia que cuando las personas observan a una víctima que sufre un hecho negativo tienden a minimizar su sufrimiento o atribuirle una responsabilidad de lo ocurrido, esto ocurre generalmente si las personas que observan no pueden reparar lo ocurrido, si no pueden alejarse de la situación y si creen que van a sufrir su misma suerte.

Otro conjunto de creencias se centran en la dignidad de uno mismo, sobre el sí mismo o sobre el yo y su carácter de merecedor y digno de respeto. Aquí destacan las creencias positivas sobre el yo o autoestima. Las personas recuerdan más los hechos referidos a ellas mismas y también los hechos positivos que les ocurren, al mismo tiempo que tienden a atribuir sus éxitos a causas internas y sus fracasos a causas externas (Morales, 2007).

El cómo las personas desarrollan de forma automática modelos del mundo en que viven, es decir, creencias acerca del yo y del mundo lo propone el Modelo CEST (Cognitive-Experiencial Self Theory) de Epstein (1994 en Morales 2007). Estos modelos o *teorías de la realidad* son una especie de teoría que de forma automática interpretan, codifican y organizan las experiencias y dirigen la conducta. Las personas tienen dos sistemas paralelos e interactivos, aunque independientes de procesamiento de información:

- El *sistema experiencial* está íntimamente unido a las emociones e impulsado por la búsqueda de placer y la evitación del dolor. Las creencias a que da lugar son implícitas y provienen de generalizaciones de experiencias significativas.
- El *sistema racional* es un sistema evolucionado. Procesa la información de manera intencional y abstracta

Según Morales (2007), los dos sistemas son independientes entre sí. Las creencias en el sistema experiencial pueden coexistir con creencias en el plano racional. Las personas pueden pensar una cosa racionalmente y creer algo distinto en el plano experiencial. Así las personas, por ejemplo, se dejan influir más por ejemplos y narrativas de casos que por datos estadísticos más abstractos.

Todas las creencias se alteran y quedan en suspenso cuando tienen lugar hechos traumáticos, cuya influencia se extiende hasta veinticinco años después de acontecer el suceso negativo. Ante los hechos traumáticos las personas víctimas: 1) de hechos traumáticos: tienen una visión más negativa sobre la dignidad de sí mismos; 2) de catástrofes naturales: tienden a creer menos en el sentido del mundo, el control y la justicia; y 3) de hechos provocados por seres humanos: perciben el mundo social de manera negativa y como menos benevolente.

Para Morales (2007) los episodios emocionales cotidianos negativos son capaces de provocar efectos en las creencias básicas: hacen que predomine una visión menos optimista del mundo en general; llevan a creer que el mundo carece de sentido, que es injusto e incontrolable; hacen decrecer la creencia de la bondad y benevolencia de las personas; inducen sentimientos de aislamiento, de exclusión social y de soledad; disminuyen la creencia en la dignidad o respeto del yo y hacen que la persona se sienta incapaz y sin esperanza y que pierda la motivación.

En la reconstrucción de las creencias básicas y la integración en ellas de los hechos traumáticos las personas intentan comprender el hecho traumático y se esfuerzan por alcanzar la comprensión o el significado de éste para integrarlo en las creencias sobre la justicia, el control, la ausencia de azar y el sentido del mundo; sienten la necesidad de reconstruir el sentido y el carácter benevolente del mundo en general, también se puede dar la existencia de un proceso destinado a encontrar los aspectos o beneficios de la experiencia ante el hecho traumático. Generalmente se trata de lecciones sobre sí mismo, este proceso de crecimiento post-traumático también se asocia en parte a la reconstrucción de una imagen positiva del yo, de las relaciones con otros y del mundo.

Morales (2007) afirma que en ocasiones ocurre que los cambios negativos producen transformaciones en las creencias básicas en la dirección de hacerlas más flexibles y realista. Las personas tienen una visión menos optimista pero más sabia de la realidad.

Otro concepto a analizar es el estereotipo. Este término procede del nombre que se le daba a una impresión tomada de un molde de plomo utilizado en las imprentas. Fue adoptado por los científicos sociales en 1922, a cargo del periodista Walter Lippman. De acuerdo con Lippman, son "imágenes en nuestra cabeza" que reflejan nuestras tendencias a pensar que las personas o cosas que pertenecen a la misma categoría comparten características similares. (Lippman, 1922, en Morales, 2007)

Existe una gran cantidad de definiciones, sin embargo parece existir consenso sobre tres principios que han guiado la investigación sobre estereotipos:

- Son una ayuda para explicar la realidad social.
- Son un mecanismo de ahorro de energía.

- Son creencias compartidas sobre un grupo.

Según Morales (2007) para conocer que son los estereotipos es conveniente diferenciarlos de otros conceptos similares y con los cuales se suele confundir como son el prejuicio y la discriminación. Estos tres conceptos son distintos pero están relacionados. El estereotipo es el conjunto de creencias sobre las características que se asignan al grupo, el prejuicio consiste en el afecto y/o evaluación consecuencia del estereotipo, y la discriminación es el comportamiento resultante del estereotipo y el prejuicio. (Figura 10)

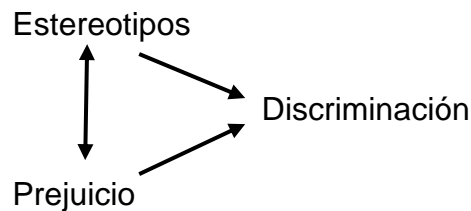


Figura 10: Relación entre estereotipo, prejuicio y discriminación

En el estudio de los estereotipos existen dos orientaciones teóricas:

1) Orientación sociocultural.

De acuerdo a esta orientación los estereotipos son compartidos por los miembros de una misma cultura, es decir, existen “en la mente de la sociedad”. Esto implica que hay una serie de variables sociales que influyen en su creación, mantenimiento, utilización, y cambio de los estereotipos, como el lenguaje que utilizamos, los medios de comunicación, o los roles sociales. Son varias las explicaciones por qué una serie de variables sociales influyen en la creación, mantenimiento, utilización y cambio de los estereotipos.

La primera explicación es por un conflicto de intereses o *Teoría del conflicto realista*. Cuando se produce una situación de competición intergrupal, aumenta la cohesión con los miembros del propio grupo, se establecen lazos de atracción intergrupal entre ellos, surge el prejuicio y como consecuencia se discrimina al exogrupo (Morales, 2007).

Por su parte la *Teoría de la identidad social* propone que el contenido de los estereotipos sirve para acentuar las diferencias entre los grupos, y para mostrar las similitudes dentro del propio grupo. Las personas desarrollan los estereotipos para estructurar el mundo al que se enfrentan, y para crear o mantener una estructura social que les interese.

Otra explicación nos la da la *Teoría del aprendizaje social* que afirma que los estereotipos son el reflejo de la percepción de diferencias reales y que se pueden aprender de los demás, no sólo explícitamente sino también por los medios de comunicación, libros, periódicos, televisión, radio, películas, entre otros (Morales, 2007).

La orientación teórica de las teorías de la personalidad se sitúa en el polo individual de los estereotipos. Las teorías más importantes son:

- a) La *Teoría del chivo expiatorio* supone que las personas que pertenecen a otros grupos que son, además minoritarios, son objeto de agresión debido a la frustración por no haber conseguido una meta. Las personas dirigen su frustración hacia estos miembros de la minoría, en los cuales se depositaría una serie de creencias negativas asociadas a un estereotipo.
- b) La *Teoría de la personalidad autoritaria*. La personalidad autoritaria se crea por padres que utilizan métodos rígidos y severos de disciplina con sus hijos que hacen depender su amor y cariño de la obediencia total. Esta hostilidad propicia que los niños se vean incapaces de desafiar a sus padres y desplacen su hostilidad hacia otros que suelen ser inferiores. Esto hace que se forma una personalidad rígida y muy dependiente de los estereotipos.

2) Orientación sociocognitiva.

Según esta orientación las personas desarrollan creencias sobre las características de los grupos que son importantes en sus relaciones y para su comportamiento, y este conocimiento influye en sus respuestas a posteriores encuentros individuales con los miembros de estos grupos. Además este proceso está influido por las preconcepciones que ya posee el individuo.

Otra pregunta que podemos realizar es cómo y por qué se forman los estereotipos y una de las principales respuestas es la apariencia física. Es lo primero que describimos para ayudar a otros para saber si alguien le gustará o no, habitualmente juzgamos el carácter de los demás por su apariencia. Sin embargo, la mayoría de las explicaciones a la formación de los estereotipos coinciden en que están basados en la percepción de las diferencias entre grupos (Morales 2007).

Nos detendremos en los cinco modelos teóricos que han tratado de explicar cómo y por qué se forman los estereotipos:

- a) La *Profecía autocumplida* o efecto *Pygmalión*: se produce cuando las personas mantienen expectativas (sobre una persona o grupo) que les llevan a alterar su conducta y comportarse de acuerdo a dichas creencias. Este efecto es especialmente peligroso para el mantenimiento de los estereotipos, porque los miembros de los grupos dominantes lo pueden ver como una evidencia o validez de sus estereotipos.
- b) *Detección no consciente de la covariación*: los estereotipos se forman a través de la generalización de las conductas del miembro de un grupo al resto de las personas del mismo grupo.
- c) *Correlaciones ilusorias*: las personas consideran que dos hechos están relacionados cuando en realidad no hay ninguna correlación entre ellos.

Normalmente, lo que se produce es una asociación entre los miembros de grupos minoritarios y conductas poco frecuentes.

d) *Homogeneidad exogrupal*: consiste en la creencia de que las personas que pertenecen a otros grupos distintos al nuestro comparten en mayor medida las características que les asignamos y que, por tanto, el estereotipo describe con bastante precisión a cada uno de sus miembros.

e) *La formación de los estereotipos como formación de categorías*: la simple asignación de categorías a un grupo por tener asociadas una serie de características sería capaz de conseguir que se prejuzgase cómo serían evaluados los miembros pertenecientes a cada categoría (Morales, 2007).

Los estereotipos parecen mantenerse a lo largo del tiempo, porque nos afectan de manera no consciente en nuestros prejuicios y en la discriminación, esta influencia se ha investigado mediante las técnicas de *priming*. Este se refiere al hecho de activar unas representaciones en particular justo antes de realizar una tarea, también se ha denominado como memoria implícita o accesibilidad a las categorías sociales en la que nuestras experiencias pasadas determinan lo que vemos y oímos en el presente, como interpretamos la información que recibimos y cómo la almacenamos para volver a utilizarla en el futuro.

En segundo lugar, los estereotipos se pueden mantener por un proceso de asimilación que consiste en el hecho de que se suele percibir a las personas como más similares al estereotipo que tenemos de su grupo de lo que realmente son. Y en tercer lugar los estereotipos también se pueden mantener por procesos atribucionales. Las personas recuerdan mejor la información incongruente con sus estereotipos que aquella que es congruente. Con el tiempo, esta información incongruente deja de serlo y como lo que se hace es comparar esta información con el estereotipo, éste no desaparece (Morales, 2007).

No obstante, sentir que los demás “nos aplican” un estereotipo, este también tiene un efecto que se denomina amenaza del estereotipo, relacionado con la anticipación que hacemos sobre cómo nos ven los demás. Lo anterior se aplica generalmente cuando las personas que pertenecen a algún grupo sobre el que pesa algún tipo de estigma suelen ser conscientes de lo que los demás piensan de ellos por su pertenencia a dicho grupo. Estas personas suelen sentirse preocupadas por si su comportamiento confirma el estereotipo negativo que pesa sobre ellos. Esta amenaza produce un incremento de la ansiedad, y una reducción del rendimiento (Ídem).

El contenido de los estereotipos depende de las funciones que cumplen. Los estereotipos tienen funciones tanto individuales como sociales. Los estereotipos tienen dos funciones individuales: sistematizar y/o simplificar la realidad, y defender los valores de la persona. En lo que se refiere a las funciones sociales; los estereotipos de los exogrupos se difunden con mayor facilidad cuando hay

que explicar acontecimientos a gran escala, cuando hay que justificar las acciones cometidas o planeadas contra un exogrupo y se utilizan para adquirir una diferenciación positiva que beneficie al endogrupo.

En definitiva, la principal función social de los estereotipos es mantener una distintividad, especialmente cuando puede existir cualquier posible amenaza real o percibida. Los estereotipos cumplen una función social más el control social. La forma de estereotipar a los demás está relacionada con el poder. Quienes tienen menos poder se forman una imagen individualizada de quienes tienen poder, en lugar de formarse un estereotipo del grupo. Sin embargo, las personas con poder tienden a estereotipar más a los que no lo tienen porque no necesitan individualizar y además, les sirve de estrategia de ahorro de su atención.

Según Morales (2007) podríamos añadir una función social más que es la justificación de un sistema u organización social. Las personas quieren creer que el sistema social que les afecta es justo y legítimo y están dispuestas a sacrificar su beneficio personal o los intereses de su grupo para apoyar esas creencias, con esto se justifica un sistema y organización social.

Si nos referimos a la estabilidad o inestabilidad de los estereotipos encontramos que los estereotipos culturales han sido considerados estructuras rígidas porque se ha creído hasta muy recientemente que eran persistentes al paso del tiempo. El estereotipo cultural parece ser más estable que los estereotipos individuales. Además las personas se suelen sentir más cómodas cuando se les pregunta por los estereotipos culturales que por los individuales. Un estereotipo cultural se refiere a los patrones de creencias compartidos por un grupo. El estereotipo individual hace referencia a las creencias mantenidas por un individuo sobre las características de un grupo.

Entre los estereotipos culturales se encuentran los estereotipos de género, así se percibe a las mujeres sumisas y a los hombres poderosos, este estereotipo restringe el acceso a la información, entorpece la comunicación y promueve el comportamiento de riesgo en las mujeres y los hombres en formas diferentes, pero igualmente peligrosas. Al final, hacen aumentar la vulnerabilidad a los peligros que corre la salud sexual, por ejemplo la violencia, la explotación sexual, el embarazo no deseado, el aborto en condiciones de riesgo y las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH. Desde una edad temprana, la gente se ha sociabilizado para creer que los papeles de género son «naturales», lo cual contribuye a las creencias de que el comportamiento sexual de riesgo es inevitable. (Morales, 2007).

Se puede abordar el estudio del prejuicio desde varias perspectivas como son la sociológica, la histórica, la política y la económica. Sin embargo, este fenómeno, es una de las cuestiones preferidas por la Psicología Social porque el prejuicio es el rechazo a una persona debido a su pertenencia grupal.

G. W. Allport (1954, cit. por Morales, 2007:592) define el prejuicio como “una actitud hostil o desconfiada hacia una persona que pertenece a un grupo, simplemente debido a su pertenencia a dicho grupo”

De acuerdo a la definición de Allport se concibe al prejuicio como una actitud negativa, esto permite relacionar al prejuicio con dos fenómenos que a menudo lo acompañan: los estereotipos y la discriminación. Así, el componente cognitivo de una actitud prejuiciosa estaría constituido por los estereotipos negativos o creencias negativas preconcebidas acerca de un determinado grupo. El prejuicio propiamente dicho sería la parte afectiva de la actitud y la discriminación su parte conductual.

En el prejuicio se dan la mano procesos individuales, grupales y sociales. Individuales porque en el prejuicio intervienen procesos cognitivos y afectivos. Se dan procesos grupales porque el prejuicio tiene un carácter compartido y su objeto son los miembros de otro grupo social. Los prejuicios tienen también un importante componente societal desde el momento que se afectados por las leyes y normas predominantes en un determinado contexto social (Morales. 2007).

Para explicar los prejuicios en sus nuevas formas, como es el racismo, se han presentado diversas teorías:

La teoría del prejuicio sutil y manifiesto establece una diferencia clara entre prejuicio manifiesto y prejuicio sutil. El *Prejuicio manifiesto*: es el prejuicio de toda la vida, es “caliente, cercano y directo”, y consta de dos componentes: percepción amenazante del exogrupo, con el consiguiente rechazo hacia él, y oposición hacia el contacto íntimo con los miembros del exogrupo. El *Prejuicio sutil*: es “frío, aislante e indirecto”, y consta de tres componentes: defensa de los valores tradicionales, exageración de las diferencias culturales y negación de las emociones positivas.

Otra de las teorías que trata de explicar las nuevas formas del prejuicio es la *teoría del racismo aversivo* que comparte la creencia de que en la actualidad el racismo se expresa de manera más sutil e indirecta que en el pasado. Esta teoría presenta un peculiar énfasis que pone en el prejuicio que da en las personas liberales (de izquierda moderada) que tratan de respetar los valores democráticos y que no son conscientes de su situación prejuiciosa. El racismo aversivo no es intencionado, se produce sutil y a menudo la persona no es consciente de él. El racista aversivo no siente odio u hostilidad abierta hacia los miembros del otro grupo, sus sentimientos son más bien de incomodidad, inquietud, disgusto y a veces miedo.

Cuando la norma de no discriminar está clara, los racistas aversivos no perjudican al otro grupo. El problema surge cuando la discriminación puede atribuirse a factores diferentes al grupo étnico. Al igual que los virus sufren mutaciones, el

racismo puede haber evolucionado hacia nuevas formas que hacen que sea más difícil, no sólo reconocerlo, sino también combatirlo. En este sentido resulta ineficaz tratar de disminuir el racismo aversivo haciendo hincapié en la inmoralidad del prejuicio y la ilegalidad de la discriminación (Morales. 2007).

Tradicionalmente el prejuicio se ha medido a través de cuestionarios en los que se pregunta a la persona su grado de acuerdo con ciertas afirmaciones relacionadas con asuntos raciales. Sin embargo, estas medidas, llamadas medidas explícitas del prejuicio no consiguen, debido a la deseabilidad social, captar la auténtica opinión existente. Con objeto de paliar estos sesgos desde los años ochenta se ha tratado de diseñar cuestionarios menos reactivos (Ídem).

Son numerosas las teorías que se han formulado acerca de los orígenes del prejuicio. Estas teorías se agrupan en función de si su aproximación a este fenómeno es de carácter individual, interpersonal, grupal o societal.

Si nos aproximamos al fenómeno del prejuicio desde su carácter individual lo podemos analizar desde los presupuestos del enfoque cognitivo en el estudio del prejuicio los mismos procesos que nos guían en la vida cotidiana a la hora de procesar la información contribuyen a la formación y mantenimiento de los estereotipos y el prejuicio. Entre estos procesos se encuentra la *teoría de la personalidad prejuiciosa* que intenta averiguar si existe un conjunto de características que conformarían una personalidad prejuiciosa. Mediante este análisis se han encontrado nueve rasgos o características que unidos constituyen el denominado *síndrome de la personalidad autoritaria*:

- Convencionalismo o adhesión rígida a los valores de la clase media.
- Sumisión autoritaria, actitud sumisa y aceptación acrítica de las normas dictadas por las autoridades morales idealizadas del endogrupo.
- Agresión autoritaria, tendencia a condenar, rechazar y castigar a los individuos que violen los valores convencionales.
- Antiintracepción, oposición a lo subjetivo, a lo imaginativo y sentimental es una actitud de impaciencia y de oposición con respecto a los individuos de carácter tierno.
- Superstición y estereotipia, creencia en la determinación sobrenatural del destino humano, inclinación a pensar en categorías rígidas.
- Poder y dureza, preocupación por las cuestiones relacionadas con el dominio y la sumisión e identificación con figuras detentadoras de poder.
- Destructividad y cinismo, hostilidad y desprecio general hacia el género humano.
- Proyectividad, disposición a creer que en el mundo suceden cosas siniestras y peligrosas.
- Preocupación, exageración por las cuestiones sexuales, repulsa hacia todas aquellas manifestaciones que supongan una desviación de la norma.

Los individuos con personalidad autoritaria han revelado que sus padres habían estado muy preocupados con el estatus exigiendo mucho de sus hijos, por ello tienden a ser severos y a reprimir toda debilidad, pasividad e irresponsabilidad en ellos.

Otra forma de autoritarismo que Altemeyer (1981, en Morales, 2007) denomina *autoritarismo de derecha* que se atribuye al aprendizaje social, las personas con un nivel elevado de autoritarismo de derecha apoyan ciegamente a la autoridad existente en cualquier sociedad u organización, se han educado en grupos muy cerrados en los que apenas han tenido ocasión de escuchar opiniones contrarias a las suyas, han sido fuertemente socializadas en una serie de creencias y valores como la idea de que algunas conductas son reprobables y pecaminosas; y en las creencias en que la autoridad “siempre tiene razón” y debe ser obedecida bajo cualquier circunstancia; que los “valores familiares tradicionales” deben ser potenciados y en la creencia de que, en muchas ocasiones, los miembros del exogrupo pueden ser peligrosos y, por tanto, hay que tener cuidado con ellos.

Otra forma de analizar el prejuicio se expresa en la *Teoría de la dominancia social*: el conflicto entre grupos y la desigualdad social son una constante a través de la historia. Para minimizar y ocultar dicha desigualdad, los grupos dominantes promueven una ideología que justifica su dominación y que suele ser aceptada por todos los grupos presentes en una determinada sociedad. Estos presupuestos ocurren en el plano societal; sin embargo, se trasladan al plano individual a través de una serie de creencias sobre las relaciones intergrupales que las personas pueden compartir en mayor o menor grado

Los aspectos individuales y grupales del prejuicio afectan de forma concreta y real a la interacción que mantenemos con las personas pertenecientes a grupos estigmatizados. Aquí es importante mencionar *la profecía que se cumple a sí misma* que proporcionar justificación para el mantenimiento del estigma social. Los estereotipos negativos hacia dichos grupos influyen en las expectativas que llevan a la interacción con persona del grupo estigmatizado, y pueden hacer que ésta se comporte de manera tal que la creencia inicial del perceptor resulte ratificada (Morales. 2007).

Existen teorías que hacen especial hincapié en la naturaleza grupal e intergrupala del prejuicio como son la Teoría del conflicto realista, la Teoría de la identidad social, la Teoría integrada de la amenaza y la Teoría de la categorización del yo.

La *Teoría del conflicto realista* sostiene que el ser humano, individualmente o en grupo, es egoísta y trata de obtener las mayores recompensas posibles para él o para su grupo; el conflicto entre grupos se produce cuando dos o más grupos compiten por recursos escasos; y el prejuicio y la discriminación surgen como fenómenos asociados al conflicto intergrupala.

La *Teoría integrada de la amenaza* (Stephan y Stephan, 2000 en Morales 2007) afirma que el prejuicio surge cuando un grupo se siente amenazado por otro. Hay cuatro tipos de amenaza: 1) *amenaza realista* cuando el exogrupo amenaza el bienestar y los recursos del propio grupo; 2) *amenaza simbólica* si se percibe que el exogrupo posee valores y costumbres contrarios o muy diferentes a los del endogrupo; 3) *ansiedad intergrupala* que se presenta cuando la persona se siente incómoda y no sabe cómo comportarse en las interacciones con los miembros del exogrupo; y 4) *estereotipos negativos* que se manifiestan si todos los rasgos que componen el estereotipo negativo de un grupo vienen a constituir, en cierto modo, una amenaza para el endogrupo.

La *Teoría de la identidad social* propone que todas las personas tratamos de alcanzar y mantener una identidad social positiva y que dicha identidad se adquiere cuando realizamos comparaciones favorables entre nuestro propio grupo y otros grupos (exogrupos) relevantes en una determinada situación. Con objeto de alcanzar esta comparación favorable las personas tienden a favorecer a su grupo (favoritismo endogrupal). Este sería, por tanto, el origen del prejuicio y la discriminación.

Por su parte la *Teoría de la categorización del yo* sostiene que una persona puede categorizarse, dependiendo del contexto, como persona individual o como miembro de un grupo. Cuando nos categorizamos como miembros de un grupo se producen al menos tres efectos importantes: se acentúa la percepción de la semejanza endogrupal y de las diferencias con el exogrupo; se produce favoritismo endogrupal y se da un proceso de despersonalización (Morales, 2007).

Por otra parte las teorías emocionales del *appraisal*, donde el prejuicio es considerado como emoción social, identifican la emoción como un síndrome complejo en el que coexisten cogniciones, sentimientos subjetivos y tendencias para la acción fisiológica o conductual. Este síndrome lo ponen en marcha una serie de cogniciones o creencias (denominadas *appraisals*) que están ligadas a una determinada emoción. Desde esta perspectiva, el prejuicio puede ser definido como una emoción social experimentada en relación con la propia identidad social como miembro de un grupo y con su exogrupo como objetivo.

Cuando el exogrupo viola las normas del endogrupo, se experimenta una emoción de asco o repulsión que conduce a la evitación de dicho grupo. Por otra parte cuando el exogrupo realiza demandas excesivas o amenazas se produce una emoción de cólera que puede conducir a tomar medidas contra él. La amenaza de una contaminación por parte del exogrupo, bien en el plano físico (contagio de enfermedad), bien en el simbólico (valores) suscitaría una emoción de asco o repugnancia. Asimismo una amenaza a la percepción de la moralidad del endogrupo (haciéndole ver que se ha comportado de manera injusta) suscitaría la emoción de culpa.

Los grupos utilizan la atribución de emociones hacia otros grupos para establecer su superioridad con respecto a ellos y discriminarlos. Las personas tendemos a pensar que la esencia humana es más propia de nuestro grupo que de los otros. Esto hace, en cierta medida, que los otros grupos sean percibidos como “menos humanos” que el nuestro. Un cierto grado de “deshumanización” o “infrahumanización” del exogrupo está presente en la mayoría de las relaciones intergrupales (Morales, 2007).

Otro de los conceptos a estudiar es el del estigma, este término, gr. Στίγμα, se traduce como picadura, señal, marca hecha con un hierro candente, tatuaje. (Rufo, 1950). Con este término los griegos se referían a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el estatus moral de quien los presentaba. Los signos podían ser cortes o quemaduras en el cuerpo y advertían que el portador era un esclavo, un criminal o un traidor, una persona a quien debía evitarse. (Goffman. 2006).

Se pueden mencionar tres tipos de estigmas

- 1) Las abominaciones del cuerpo –las distintas deformidades físicas-.
- 2) Los defectos de carácter del individuo que se perciben como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas, deshonestidad.
- 3) Estigmas tribales de la raza, la nación y la religión, susceptibles de ser transmitidos por herencia y contaminar por igual a todos los miembros de una familia.

El estigma también puede ser clasificado en función de las personas que lo ostentan. Esta clasificación divide el estigma en dos categorías, el estigma declarado y el estigma internalizado: el *estigma declarado* hace referencia a las actitudes sociales y conductas de rechazo así como a las actitudes discriminatorias hacia las personas estigmatizadas, y el *estigma internalizado*, se refiere a la interiorización por la persona estigmatizada de las creencias y actitudes negativas que el grupo mayoritario tiene hacia ella y que se traduce en diferentes sentimientos de auto-estigmatización y en conductas de auto-exclusión.

Fuster (2011) afirma que la estigmatización se produce cuando una persona posee de forma real, o bien los demás creen percibir algún atributo o característica que le proporciona una identidad social negativa o devaluada en un determinado contexto. Cada sociedad y periodo histórico ante determinados acontecimientos encuentran problemas que simbolizan esa construcción de lo marginal. Así ha ocurrido con la lepra, la sífilis, la tuberculosis, el cáncer, y más recientemente, el SIDA. Todas estas enfermedades han sido ocasión para estigmatizar a los que afectados por ellas. Ante este hecho de la estigmatización se han elaborado algunas teorías.

La *teoría integrada de la amenaza* señala que el prejuicio surge cuando un grupo se siente amenazado por otro. Desde este punto de vista los grupos estigmatizados supondrían algún tipo de amenaza para el grupo mayoritario.

Por su parte la *teoría del manejo del terror* señala, que los estigmas despiertan una ansiedad existencial, dado que provocan conciencia de la propia vulnerabilidad y mortalidad. Esta ansiedad existencial motiva a la gente a reforzar su modo de ver el mundo y para ello rechazan a los que se desvían de las normas culturales o de los estándares normales. Este tipo de ansiedad es más frecuente con estigmas que implican discapacidad física o desfiguramiento.

Por tanto, y dado que los estigmas incrementan la ansiedad y los sentimientos de amenaza en la población, estigmatizar a otros puede servir para aumentar la sensación de control y reducir la ansiedad. A través de un proceso de comparación social descendente la estigmatización puede cumplir la función de aumentar la sensación de bienestar e incrementar la autoestima.

Asimismo, la estigmatización también puede surgir del deseo de justificar o racionalizar el *status quo* en la sociedad, lo que a menudo conlleva formas de discriminación institucional. A nivel individual esto sirve para aumentar las oportunidades personales a costa de limitar las de otros.

El proceso de estigmatización (Figura 11) puede representarse en un ciclo dividido en seis fases (Acción solidaria, 2011):

- 1) Etiquetado: diferencias humanas designadas con etiquetas, que retiran la visión completa de la persona para reducirla a ciertos aspectos parciales o unilaterales, simplificando en extremo su clasificación en grupos;
- 2) Estereotipia: acoplamiento de etiquetas con características negativas, que forman estereotipos, y los cuales producen una percepción social, estandarizada, estática, generalizada y cohesionada de subestimación o desaprobación hacia todas las personas que comparten las etiquetas de grupo;
- 3) Separación: apartamiento de los grupos y personas estereotipadas como un "Ellos" diferente a un "Nosotros", utilizando generalmente lógicas jerárquicas y apelaciones a criterios de superioridad;
- 4) Pérdida: sustitución de la condición de sujeto del grupo o de la persona, por el ser que da la cualidad de la etiqueta, y de la cual tienen culpa o son responsabilizados;
- 5) Discriminación: poder para colocar a las personas o grupos estigmatizados en una posición en la que es posible vulnerar la dignidad y;
- 6) Vulneración: prácticas de amenaza o actos de discriminación que causan perjuicios a las personas.



Figura 11. Ciclo del proceso de estigmatización. Acción Solidaria, 2011.

El estigma tiene importantes consecuencias en las víctimas que repercuten en numerosos ámbitos de sus vidas que no ocurren a un solo nivel, sino que sus efectos impactan en el plano individual, en el grupal y en el societal. (Fuster. 2011)

En el plano individual las personas estigmatizadas interiorizan la visión negativa que de ellos tiene la sociedad y por tanto su autoestima tiene que ser más baja que las personas que no son víctimas del estigma.

El estigma tiene costes tangibles para la calidad de vida de las víctimas en términos tanto directos como indirectos y que se derivan de las consecuencias que tienen la discriminación y el prejuicio en todos los ámbitos de la vida. Los miembros de grupos estigmatizados tienen mayor riesgo de tener problemas de salud mental y física.

Respecto a la salud física, se han encontrado, entre otros problemas, mayores síntomas de hipertensión arterial, mayor mortalidad infantil o una menor esperanza de vida. La salud mental de las personas estigmatizadas es peor que la de la población general. En este sentido, se ha encontrado en personas estigmatizadas mayores problemas de distrés emocional y psicopatología. Además de los efectos directos, la amenaza a la identidad que causa el estigma puede dar lugar a emociones y pensamientos negativos que se traducen en incremento de la presión sanguínea y otras respuestas cardiovasculares.

En general, las expresiones de hostilidad y enfado desembocan en más altos niveles de reactividad cardiovascular y por tanto constituyen un riesgo de enfermedades cardiovasculares. El principal efecto del prejuicio o del estigma en

el plano grupal es proporcionar una identidad social negativa a las personas pertenecientes a los grupos estigmatizados (Fuster, 2011).

Otro de los efectos importantes a nivel societal del estigma y el prejuicio es la exclusión social que tiene que ver con el trazado de una frontera moral, una línea que sirve para agrupar a los que tienen reconocidos todos sus derechos y para separarlos de quienes no los tienen. La exclusión social es un concepto complejo y gira en torno a principios de justicia y reconocimiento de derechos y puede abarcar diferentes niveles de gravedad. En este sentido, los diversos grupos estigmatizados, dependiendo de sus características, son víctimas de diferentes niveles y síntomas de exclusión social, desde sufrir molestias cotidianas, como prejuicios sutiles, hasta ser víctimas de expresiones más graves, como la hostilidad manifiesta o la violencia (Ídem).

En la publicación del “Observatorio de Derechos Humanos en VIH y SIDA” denominado “El derecho a la no discriminación por VIH en Venezuela”, publicado en septiembre de 2011 en Caracas Venezuela, se han identificado al menos ocho estigmas asociados al VIH, ordenados en dos grupos (Tabla 15) (Acción solidaria. 2011).

<i>Estigmas inherentes o desencadenantes</i>	<i>Estigmas preexistentes o subjetivos</i>
Estigmas por miedo a la enfermedad y a la muerte.	Estigmas por motivos de edad
Estigmas por prejuicios sobre transmisión y conductas sexuales	Estigmas por motivos de género
Estigmas por concepciones y prácticas médicas	Estigmas por motivos étnicos
Estigmas por marcos institucionales restrictivos	Estigmas por condición socioeconómica

Tabla 15: Estigmas asociados al VIH. Acción solidaria. 2011

Los *estigmas inherentes o desencadenantes* son los estigmas que están directamente asociados a la naturaleza y comportamiento del VIH, dado que nacen del miedo a la capacidad del VIH para producir severos daños a la salud y de propagarse simultáneamente a un gran número de personas.

La estigmatización se puede dar por *miedo a la enfermedad y a la muerte*. Toda enfermedad tiene significados y representaciones sociales a las que se atribuyen connotaciones negativas. En estos procesos de estigmatización asociados a la enfermedad, si se presume responsabilidad y la dolencia es crónica (sin cura, absoluta y permanente) el “enfermo” podrá perder toda legitimidad y será distinguido con una etiqueta negativa que atribuye “deficiencia moral”.

El estigma puede estar asociado a los *prejuicios sobre transmisión y conductas sexuales*. La sexualidad ha sido una de las conductas humanas de mayor

regulación en todas las sociedades, siendo el placer erótico y su carácter diverso el objeto de control del que nada se habla o se esconde, estableciendo restricciones acerca de “con quiénes” y “cómo” se practica el sexo. Si se relaciona con “enfermedad”, las conductas sexuales entran a formar parte de los “riesgos para la salud”, generando el etiquetamiento de ciertas prácticas como negativas o contrarias a las conductas “sanas”, en las que se hace legítima la intervención de la salud pública para controlarlas o erradicarlas. En el campo moral y religioso la idea de que la enfermedad provocada por el sexo es un castigo por alguna conducta desviada, ha servido para evitar relaciones fuera de las que se aceptan.

Las *concepciones y prácticas médicas* pueden dar origen al estigma. La representación del Sida como “enfermedad incurable” y del VIH como infección transmitida por “conductas sexuales que perjudican la salud”, se han enmarcado en enfoques de salud pública y médicas que generalmente usan conceptos reductores, enfocados únicamente en el funcionamiento del cuerpo humano y basados en juicios desvinculados de las personas y de sus contextos de vida.

En los *Enfoques preventivos y coercitivos* la concepción predominantemente era seguir la ruta de la infección e impedir su rápida propagación a la “población en general”, no habiendo tratamiento efectivo hasta ese momento para salvar la vida de “enfermos” e “infectados” (Tabla 16).

En los enfoques preventivos, la OMS oficializó en 1995 el reemplazo de la categoría “grupos de riesgo” por “conductas de riesgo”, a fin de conseguir que el hecho de evitar la transmisión sexual del VIH no se convirtiera en un reforzamiento de estigmas en grupos con una identidad ya estigmatizada.

Haber conseguido una terapia eficaz y no por eso conseguir que se detuviera la epidemia, evidenció las serias deficiencias de las políticas, el financiamiento y los sistemas sanitarios de muchos países. Ello dio lugar a otro conjunto de *enfoques*: “*negacionistas*”, adoptados por una minoría de científicos y gobiernos que implementaron planes distintos a la terapia antirretroviral –como el suministro de ciertos suplementos nutricionales–, basándose en teorías en las que se afirma de manera dogmática que “el VIH no es causa del Sida” y que tanto el “Sida” como los tratamientos antirretrovirales son una “invención de intereses mercantiles o extranjeros” (Tabla 16).

Por su parte, los *enfoques ideológicos* se han basado en juicios morales y religiosos, atribuyendo a la “promiscuidad” y la “prostitución” las causas de la propagación del VIH. Estos enfoques han absorbido prejuicios sexuales y proponen la tesis de los “cambios de conducta” a través de estrategias moralizadoras, como condición para que las personas con VIH obtengan beneficios de apoyo y tratamiento. Estos enfoques conciben la abstinencia de los jóvenes y la fidelidad entre las parejas como las mejores –y a veces las únicas– maneras de mantenerse sanos y consagrar estilos de vida en los que las

opciones para construir una familia y ejercer la sexualidad son la monogamia y el matrimonio. En la mayoría de estas estrategias se objeta el uso de preservativos (Tabla 16).

Enfoques en las concepciones y prácticas médicas

Enfoques	Estigmatización	Medidas
Preventivos	El VIH se transmite por vía de prácticas riesgosas que realizan grupos de riesgo o grupos vulnerables.	Enfocar el cambio de prácticas riesgosas por prácticas seguras en grupos seleccionados para evitar la propagación.
Coercitivos	Las personas con VIH o SIDA son peligrosas para la salud pública.	Impedir el contacto con las personas con VIH o SIDA y sometimiento a pruebas obligatorias.
Negacionistas	El SIDA no existe, es producto de las invenciones de intereses y culturas foráneas.	La cultura y la medicina autóctona son capaces de hallar la cura a los problemas de salud que causa el VIH.
Ideológicos	La presencia de personas con VIH y SIDA evidencia una sociedad sin valores morales	Cambiar los patrones de conducta impropios, por conductas decentes que protegen del VIH.

Tabla 16: Enfoque en las concepciones y prácticas médicas. Acción solidaria, 2011

Estigmas por *marcos institucionales restrictivos*: en treinta años de epidemia, los procesos de estigmatización por VIH fueron influidos por los grados de desarrollo e institucionalización de las políticas públicas y los derechos humanos en cada país. La epidemia representó un reto tanto para la comunidad científica como para los gobiernos y, a medida que fue expandiéndose, las prácticas discriminatorias tuvieron más fuerza en aquellos países con mayores problemas y restricciones en sus estructuras políticas, financieras, sanitarias y judiciales, poniendo en grave aprieto a las autoridades en sus capacidades de respuesta y en su legitimidad interna.

En la lógica de estigmatización del VIH operan múltiples estigmas que se refuerzan mutuamente, entre ellos, los *pre-existentes* son aquellos que generalmente están arraigados en condiciones que no son fácilmente modificables porque forman parte de herencias biológicas o culturales, se relacionan con situaciones de vulnerabilidad cuya solución no depende de las capacidades individuales o entran en dimensiones intrínsecas de la persona como la identidad, la religión o la nacionalidad (Tabla 17).

En el caso de los estigmas arraigados en características socio-demográficas como la *edad*, cuando se asocian al VIH, forman un particular proceso de estigmatización en el que los adolescentes y jóvenes están más expuestos al VIH por su naturaleza vulnerable.

En el estigma por motivos de género y orientación sexual los estereotipos de masculino/femenino se transgreden cuando aparece la condición de VIH, produciendo una nueva configuración de ellos que mantienen el orden de las cosas: una mujer con VIH habrá dañado su rol como “reproductora” o habrá

infringido el estereotipo femenino de “pasividad sexual”, transformándose en una mujer “indecente o indigna”; un hombre con VIH perderá su rol de “productor” y habrá quebrantado el estereotipo de “activo sexual” para convertirse en un hombre “enfermo o inhabilitado” (Tabla 17).

	Estigmas Pre-existentes				Estigmas Post-VIH			
Edades	Niño Vulnerable	Joven Inestable	Adulto Productor	Mayor Incapacitado	Niño Víctima	Joven Inconsciente	Adulto Improductivo	Mayor Condenado
	Hombre heterosexual Productor/activo		Mujer heterosexual Reproductora/pasiva		Hombre heterosexual Inactivo/victimario		Mujer heterosexual Víctima	
Géneros	Hombre homosexual Desviado		Mujer homosexual Perturbada		Hombre homosexual Enfermo/merecido		Mujer homosexual Enferma/apartada	
Condición socio-económica	Rico Próspero		Pobre Insolvente		Rico No honorable		Pobre Enfermo/necesitado	
Rasgos étnicos	Blanco Culto		Negro/Indio Inculto		Blanco No confiable		Negro/Indio Enfermo/infractor	

Tabla 17: Proceso de Estigmatización. Acción solidaria. 2011.

Asimismo, afianzando la lógica de los estereotipos masculino/femenino, las condiciones precedentes de “débil, privada y cuidadora” en una mujer con VIH, la harán una “víctima” a la que se perdona haberlo contraído si es monógama y está casada; y las condiciones de “fuerte, público y egoísta” en un hombre con VIH, lo harán un “victimario”, si ha tenido varias parejas o no ha sido fiel a su pareja. En la dicotomía víctima/victimario de los estereotipos masculino/femenino (Tabla 17).

En referencia a los estereotipos de heterosexualidad/homosexualidad, la condición de VIH se comporta como un mecanismo confirmatorio de los estigmas pre-existentes. Aquello que produce miedo en el VIH o el SIDA, se considera un “castigo” merecido en las personas lesbianas, gais, bisexuales y personas transgénero e intersexuales (LGBTI) por su condición “desviada”, confirmando la necesidad de rechazarlas y condenarlas.

La fuerte carga punitiva que tiene la condición de VIH en las personas LGBTI, es mucho mayor en el caso de las personas Trans e Intersexuales porque en ellas se combina el efecto transgresor del VIH en los estereotipos de género con el efecto confirmatorio de los estereotipos de desviación sexual.

Los estigmas pre-existentes basados en estereotipos sobre *aspectos físicos, culturales o de nacionalidad*, también son reforzados y ampliados mediante los estigmas del VIH. Estos se sustentan en contenidos simbólicos como mitos, ancestros u orígenes, religión, territorio, memorias, vestimenta y lenguaje que las personas identifican como comunes o propios; o en condiciones socioeconómicas por niveles de ingreso, estatus ocupacional y estado de pobreza, y muchas veces

se alimentan de arraigos ideológicos, racistas, xenofóbicos, clasistas, etnocentristas, nacionalistas o de intolerancia religiosa (Tabla 17).

El resultado final de la estigmatización y la discriminación es soterrar la epidemia, llevarla a la clandestinidad, socavando con eficacia los esfuerzos destinados a la prevención, el cuidado y el apoyo, reafirmando así el círculo vicioso de la epidemia.

En París, en el año de 1961, Serge Moscovici presenta su Tesis Doctoral titulada "La Psychoanalyse son image et son public" ("El Psicoanálisis, su imagen y su público"). En ella, estudió la manera en que la sociedad francesa veía el Psicoanálisis, a través del análisis de la prensa y entrevistas a diferentes grupos sociales (Alfonso, 2007).

La propuesta moscoviciana propone una concepción más social de las actitudes, considerándolas procesos mentales que determinan las respuestas de los individuos hacia fenómenos de carácter social. Trata explicar el comportamiento por creencias de origen social que son compartidas por los grupos, estableciendo relaciones de interacción e interdependencia entre la estructura social y cultural y los aspectos mentales. La realidad llega a nosotros y es a través de su interpretación que somos capaces de descifrarla. Por consiguiente, los significados que le atribuimos son los que van a constituirla como única e individual, y es esa la que tiene determinados efectos sobre nosotros.

Según Moscovici (1981):

"...Representación social es un conjunto de conceptos, enunciados y explicaciones originados en la vida diaria, en el curso de las comunicaciones interindividuales... constructos cognitivos compartidos en la interacción social cotidiana que proveen a los individuos de un entendimiento de sentido común, ligadas con una forma especial de adquirir y comunicar el conocimiento, una forma que crea realidades y sentido común. Un sistema de valores, de nociones y de prácticas relativas a objetos, aspectos o dimensiones del medio social... que constituye también un instrumento de orientación de la percepción de situaciones y de la elaboración de respuestas...". (Moscovici, 1981, cit. por Alfonso 2007)

Teniendo en cuenta las ideas de Moscovici, la representación social concierne a un conocimiento de sentido común, que debe ser flexible, y ocupa una posición intermedia entre el concepto que se obtiene del sentido de lo real y la imagen que la persona reelabora para sí. Es considerada además proceso y producto de construcción de la realidad de grupos e individuos en un contexto histórico social determinado.

Por su parte Denise Jodelet (1984, en Alfonso 2007)) plantea que la noción de representación social concierne a:

1. El modo como los sujetos sociales aprenden los acontecimientos de la vida diaria, las características de su medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de su entorno próximo o lejano.
2. El conocimiento: a) espontáneo, ingenuo o de sentido común por oposición al pensamiento científico, b) socialmente elaborado y compartido, constituido a partir de experiencias y de las informaciones y modelos de pensamiento que se recibe y transmiten a través de la tradición, la educación y la comunicación social, c) práctico que participa en la construcción social de una realidad común a un conjunto social e intenta dominar esencialmente ese entorno, comprender y explicar los hechos e ideas del universo de vida.
3. Son a un mismo tiempo producto y proceso de una actividad de apropiación de una realidad externa y de elaboración psicológica y social de esa realidad. Son pensamiento constitutivo y constituyente.

De modo general, las representaciones sociales constituyen una formación subjetiva, multifacética y polimorfa, donde fenómenos de la cultura, la ideología y la pertenencia socio-estructural dejan su impronta; al mismo tiempo que elementos afectivos, cognitivos, simbólicos y valorativos participan en su configuración.

Las representaciones sociales se estructuran alrededor de tres componentes fundamentales: la actitud hacia el objeto, la información sobre ese objeto y el campo de representación donde se organizan jerárquicamente una serie de contenidos.

La actitud hacia el objeto es el elemento afectivo de la representación. Se manifiesta como disposición más o menos favorable que tiene una persona hacia el objeto de la representación; expresa, una orientación evaluativa en relación con el objeto. Imprime carácter dinámico y orienta el comportamiento hacia el objeto de representación, dotándolo de reacciones emocionales de diversa intensidad y dirección.

La información se refiere a los conocimientos en torno al objeto de representación; su cantidad y calidad es variada en función de varios factores. Dentro de ellos, la pertenencia grupal y la inserción social juegan un rol esencial. También tienen una fuerte capacidad de influencia, la cercanía o distancia de los grupos respecto al objeto de representación y las prácticas sociales en torno a este.

El campo de representación nos sugiere la idea de “modelo” y está referido al orden que toman los contenidos representacionales, que se organizan en una estructura funcional determinada. El campo representacional se estructura en torno al núcleo o esquema figurativo, que constituye la parte más estable y sólida de la representación, compuesto por cogniciones que dotan de significado al resto de los elementos. En el núcleo figurativo se encuentran aquellos contenidos de

mayor significación para los sujetos, que expresan de forma vívida al objeto representado.

De acuerdo a Núñez (2000) las Representaciones Sociales tienen un poder social. Al hablar de poder, el sentido común imagina las formas más evidentes, fundamentalmente físicas de dominación y sujeción: el poder del esclavista sobre el esclavo, el poder del rey sobre sus súbditos, poder de la fuerza pública, etc. Las relaciones de poder también pueden expresarse en formas más sutiles, menos explícitas y físicas. Participamos en las relaciones de poder, cuando en virtud de determinadas representaciones sociales se limitan, condicionan, inhiben, o influyen las acciones o posiciones de actuar.

La relación de poder, de un individuo o grupo de individuos condiciona las posibilidades de acción de otro u otros, ya sea mediante la fuerza física o la amenaza de ella, o bien representando como “negativo”, “sucio”, “malo”, “enfermo” o “antinatural” las acciones, los objetos, o los seres del entorno. En ambos casos las posibilidades de acción de los sujetos se ven controladas, influidas o limitadas y la elección contraria a lo que se prohíbe trae consigo un acto de violencia sobre la condición humana, sobre el cuerpo, sobre la posibilidad de movimiento o sobre el sentido de valía, de autoestima, de dignidad.

Núñez (2000) afirma que cuando hablamos del “poder de las representaciones sociales” nos referimos al papel de las valoraciones y conceptualizaciones que compartimos de la realidad en la estructuración de las posibilidades de acción de todos como individuos, y con ello, de nuestras posibilidades y tipos de experiencia emocional, cognitiva, corporal a lo largo de nuestra vida.

En cada sociedad hay valores y concepciones que son más dominantes que otras. Son tan dominantes que la gente las llega a sentir como “naturales y eternas”, y cualquier intento de transformación o poner en tela de juicio su “naturalidad” o su “razón de ser” genera resistencias. Las representaciones sociales organizan las relaciones de poder, porque confieren a ciertos individuos o grupos sociales posiciones de poder sobre otros.

Para Núñez (2000) al ejercicio del poder que organiza una relación de autoridad y dominación entre individuos, grupos y clases sociales, no sólo a través de la violencia o la posibilidad de ella sino a través del consenso que genera difusión e imperio de ciertas representaciones de la realidad sobre la mayoría de la población se le llama hegemonía.

Por ejemplo: las relaciones amorosas y eróticas entre mujeres o entre varones son representadas como “anormales”, “sucias”, “enfermas” y a través de esas representaciones se ejerce un poder de censura, de violencia verbal o física, desdeño u ostracismo sobre las mujeres o varones que practican esas relaciones, limitando, condicionando o influyendo en sus posibilidades de acción y sus

experiencias. Podemos decir que existen unas representaciones hegemónicas de la sexualidad que construyen relaciones de poder sobre las mujeres y varones que tienes relaciones eróticas o amorosas con personas de su mismo sexo.

Según Núñez (2000), qué es sexual y qué no es sexual es algo que cada cultura define. Lo que es “sexual” o no, varía de cultura en cultura, e incluso dentro de una misma sociedad varía de una época a otra. En nuestra sociedad existen múltiples maneras de definir lo “sexual”, y esas múltiples representaciones están influidas por diferentes tradiciones de reflexión, tales como la biología, la medicina, la religión, la psicología, la antropología, la sociología, así como movimientos sociales y el advenimiento de la llamada “cultura de masas”.

El francés Michel Foucault (1976/2002) comenta que lo que consideramos “sexual” va cambiando y ampliándose en los últimos trescientos años, y cómo esa paulatina transformación está asociada al surgimiento en Occidente de un nuevo objeto de discurso: “la sexualidad”.

Así lo que se consideraba “sexual” se le dio una una dimensión biológica (genital-reproductiva, principalmente), después se le considera un fenómeno mental (psiquiátrico) y subjetivo (psicoanalítico), por su parte la antropología y la sociología amplían lo “sexual” al ámbito de las normas, valores, costumbres, exigencias sociales e identidades y evidencian el carácter relativo, construido de la moral sexual de las diferentes culturas. Últimamente el feminismo, por su parte, ampliará lo “sexual” a la esfera política, económica e incluso a la teoría del conocimiento.

El autor afirma que en el momento presente se lucha a nivel de representación por la legitimación y contra la estigmatización de prácticas sexuales. Existe una lucha entre diferentes actores sociales por la aplicabilidad de criterios como “normalidad”, “naturaleza”, “moralidad”, “decencia”, “pecado”, etc., en lo relativo a la existencia sexual de los sujetos. Por un lado están los defensores de un “orden moral” o “natural”, y por el otro se pide el respeto a la diversidad y a una sexualidad sin prejuicios.

En las representaciones hegemónicas podemos distinguir dos posiciones, las dominantes se caracterizan por sus relaciones de poder que prevalecen en la sociedad al nivel de la existencia sexual, a estas se oponen las dominadas que se distinguen por criticar esas relaciones de poder. Esta lucha se puede aprender como un campo de fuerzas donde podemos distinguir instituciones y personas que tienden a imponer determinadas representaciones sobre la existencia sexual, así como personas e instituciones que resisten y disputan la tendencia a la imposición de tales representaciones.

Por “existencia sexual” se entiende una dimensión de la existencia que involucra aspectos anatómico-fisiológicos, procesos psíquicos y conductas. Es una

dimensión bio-psíquica-social del individuo, donde está involucrada la vivencia del placer y el deseo erótico.

Núñez (2000) continúa diciendo que el deseo erótico tiene que ver con la organización de eros o energía libidinal durante un proceso de socialización que tiene sus cimientos en los primeros años de la infancia, época durante la cual esa energía amorfa adquiere la forma de deseo, una búsqueda de lo que se carece, para propiciar una unión profunda, un sentido de totalidad, de plenitud. Este deseo se manifiesta en la totalidad de nuestra existencia, directa o indirectamente, consciente o inconscientemente. Sin embargo por el proceso de socialización que pasamos en una sociedad con una cultura genital y falocéntrica lo aprendemos de manera limitada como lo que produce o se asocia con excitación y/u orgasmo. Nuestra historia individual y cultural ha sido una historia de excesiva represión y de pérdida de contacto con nuestro eros.

La vivencia del placer y el deseo erótico incluye un cuerpo, con sus capacidades de placer y de expresión, un cuerpo que entraña en sí posibilidades de goce y de interacción con el mundo y una organización del deseo que se expresa como cierta capacidad y preferencia de goce emocional y/u orgásmico, así como determinadas fobias. El deseo erótico es producto de un sistema social que ha organizado de tal o cual manera nuestra libido y no una "simple expresión de la naturaleza", sino que es el producto de la organización del individuo por la cultura y sus agentes. La vivencia del deseo erótico se manifiesta como un sentimiento de carencia y una búsqueda de satisfacción de esa carencia construida en relación con las propuestas y modelos culturales que prometen esa sensación de "totalidad" y "plenitud".

Para el autor la vivencia del deseo y placer erótico puede resultar "placentero" o más o menos "deseable socialmente" o bien más o menos "misterioso". Así el cuerpo se constituye en nuestra sociedad en una de las principales fuentes de capital simbólico, de prestigio o desprestigio, por lo tanto, en acciones inmersas en relaciones de poder. Así las imágenes, las fantasías, los sueños eróticos se califican como "buenos", "malos", "asquerosos", "sucios", "nobles. Las conductas se califican como "normales", "saludables", "perversas", "enfermas", "naturales", "contranatura".

La discriminación, que abordaremos enseguida, es uno de los conceptos torales de esta tesis. De acuerdo a ONUSIDA (2002) "La discriminación se produce cuando se realiza contra una persona una distinción que da lugar a que sea tratada parcial e injustamente por pertenecer, o porque se perciba que pertenece, a un grupo particular."

Según el *Consejo Nacional para Prevenir La Discriminación* (CONAPRED, Discriminación e igualdad) la discriminación es una práctica cotidiana que consiste en dar un trato desfavorable o de desprecio inmerecido a determinada

persona o grupo, que a veces no percibimos, pero que en algún momento la hemos causado o recibido. Los efectos de la discriminación en la vida de las personas son negativos y tienen que ver con la pérdida de derechos y la desigualdad para acceder a ellos; lo cual puede orillar al aislamiento, a vivir violencia e incluso, en casos extremos, a perder la vida.

Según la “Comisión de Defensa de los Derechos Humanos para el Estado de Nayarit” (CDDH-NAYARIT) la discriminación es una forma de violencia pasiva; convirtiéndose, a veces, este ataque en una agresión física. Quienes discriminan designan un trato diferencial o inferior en cuanto a los derechos y las consideraciones sociales de las personas, organizaciones y estados. Hacen esta diferencia ya sea por el color de la piel, etnia, sexo, edad, cultura, religión o ideología.

Los individuos que discriminan tienen una visión distorsionada de la esencia del hombre y se atribuyen a sí mismos características o virtudes que los ubican un escalón más arriba que ciertos grupos. Desde esa “altura” pueden juzgar al resto de los individuos por cualidades que no pertenecen a la esencia de estos.

Cuando la discriminación se focaliza histórica y sistemáticamente en contra de personas pertenecientes a grupos específicos, se habla de grupos vulnerados que, al tener constantemente menores oportunidades y un acceso restringido a derechos, se encuentran en una situación de desventaja con respecto al resto de la sociedad. CONAPRED señala como grupos en situación de discriminación a los siguientes:

1) Las *personas adultas mayores* (PAM) llegan a ver disminuidas sus facultades físicas y, en ocasiones, también mentales, lo cual los deja en una situación de desventaja con respecto a otras personas. Asimismo, sufren doble o triple discriminación cuando, además de ser adultas mayores, son mujeres, indígenas o llegan a padecer alguna discapacidad. Lo cual, los expone en mayor grado a la marginación, exclusión, rechazo y hasta la violencia (CONAPRED, Adultos mayores).

2) Los *afrodescendientes*. Uno de los principales problemas en nuestro país es que existe poca información respecto a este grupo y a sus necesidades específicas. Su invisibilidad facilita la violación de sus derechos y libertades, aun cuando sean reconocidas de manera igualitaria para todas las personas. De este modo aumenta la vulnerabilidad, se fomenta la repetición de la exclusión y la discriminación en el acceso a derechos y oportunidades (CONAPRED, Afrodescendientes).

3) La religión es un derecho humano fundamental que quedó plasmado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el artículo 18: “Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión”; la religión

tiene una dimensión colectiva muy importante al grado que suele ser un factor de identidad para una comunidad, un pueblo, un país o una región. Por ello, las personas que no siguen la religión mayoritaria están expuestas a ser discriminados en sus creencias y prácticas.

La *discriminación religiosa* también ocurre cuando a causa de la religión una persona no es contratada en un trabajo, es separada de una escuela u organización, es hostigada o señalada en su vida diaria, se le limitan servicios básicos como agua y luz, y más gravemente cuando se le expulsa de su propia comunidad (CONAPRED, Creencias religiosas,)

4) A los *grupos indígenas y minorías étnicas* en el país se les discrimina a través de actitudes que los excluyen y marginan desde la posición de quien se considera mayoría, por ende, con un goce de derechos que otros no pueden ejercer. Fenómenos como la pobreza y la discriminación agravan las condiciones de vida de los grupos y minorías étnicas en el país. El acceso a la justicia se ve obstaculizado por diferencias de lenguaje, la estigmatización y el menosprecio por la diversidad cultural. El derecho a la educación se vuelve inaccesible al no considerarse la situación de marginación que padecen, la diferencia de tradiciones y lenguas. Lo mismo sucede con el acceso a los servicios de salud y vivienda (CONAPRED, Etnias).

5) Los *extranjeros* que están en situación irregular en el país son particularmente vulnerables a la discriminación. Primero, porque se tiene la falsa percepción de que las personas gozan de derechos dentro de su territorio y los pierden al viajar sin documentos. Segundo, porque cargan con una serie de estereotipos y estigmas que los relacionan con delincuentes, integrantes de grupos delictivos, alta peligrosidad y violencia.

También las personas que viajan sin documentos están expuestas a un daño mayor porque, ante la falta de visas o permisos, temen denunciar los abusos de que son objeto. Entonces, su situación de vulnerabilidad se potencia, pues es sabido que cualquier abuso no tendrá consecuencias para quien lo cometió. Además, los migrantes temen a las represalias, desconfían en el sistema de procuración y administración de justicia, lo que provoca impunidad.

La discriminación es doblemente padecida por las mujeres, niñas y niños migrantes, quienes sufren de acosos y malos tratos en situaciones de detención, además son orillados al trabajo doméstico clandestino, prostitución, abusos sexuales y agresiones físicas y sexuales en las operaciones de trata. (CONAPRED, *Migrantes y refugiados*).

6) La cultura dominante, a lo largo de la historia, ha dado a las *mujeres* un papel de subordinación en una visión masculina que las deja sin derechos, poder

y prestigio. Se les ha conferido la responsabilidad única de la reproducción y el cuidado familiar.

Dejar fuera a las mujeres alimenta la idea equivocada de que las diferencias de género son naturales. Son las sociedades, la cultura, la historia y no los genes ni la herencia, los que fomentan las ideas que llevan a una discriminación sistemática que coloca a la mitad de la población que representan las mujeres en situación de vulnerabilidad. (CONAPRED, Mujeres.)

7) La situación de vulnerabilidad que enfrenta la niñez en México está basada fundamentalmente en dos razones: 1ª *las niñas y niños* forman parte de un grupo que, al estar en proceso de formación y desarrollo, mantiene una relación de mayor dependencia con otras personas, 2ª frecuentemente la violación de los derechos de la infancia es poco visible en relación con otros grupos de la población.

La violencia intrafamiliar, la necesidad de que niños y niñas contribuyan al ingreso económico de la familia, la falta de conocimiento de sus propios derechos, etc. exponen a la niñez a la violación de otros derechos que son para ellos y ellas difícilmente denunciados, lo que facilita la repetición de las violaciones y aumenta la vulnerabilidad.

La situación de millones de niños y niñas se agrava cuando los padres y madres viven en condiciones de marginación y pobreza, pues los niños adquieren responsabilidades ajenas a ellos, renunciando a medios y recursos que son imprescindibles para aumentar sus oportunidades futuras, como lo es la educación (CONAPRED, Niñas y niños).

8) La principal barrera que padecen *las personas con discapacidad* es atribuirles que debido a sus características es imposible su integración plena a la sociedad. Esta mentalidad les ha traído consecuencias graves durante generaciones, se les margina y rechaza al marcarlos como incapaces de formar parte de la visión homogeneizante de la normalidad (CONAPRED, Personas con discapacidad).

9) *Las personas que son portadoras del Virus de la Inmunodeficiencia Humana o que están enfermas de SIDA* son fuertemente discriminadas por el miedo al contagio y porque cargan con una serie de prejuicios asociados a su actividad sexual, lo que les causa una alta marginación que les impide desempeñarse plenamente en el trabajo, tener acceso a los servicios de salud y vincularse libremente con amigos y familiares.

El estigma exacerbado por el miedo al contagio, produce una doble discriminación en las personas con preferencias u orientaciones sexuales diferentes de la heterosexual, así como para las trabajadoras y trabajadores sexuales, pues se les atribuye falsamente la proliferación de la epidemia. Esta exclusión las deja fuera

de una fuente laboral, de la escuela, e incluso de su propia familia. La estigmatización hacia estas personas también provoca abandono, que unido a la negación de derechos, puede significar un mayor y más rápido deterioro de su salud que termina con la muerte (CONAPRED, Personas que viven con VIH).

Por su parte ONUSIDA (2001) propone una lista de diez áreas principales de la vida social en las que las personas con el VIH/SIDA se enfrentan a múltiples formas de discriminación arbitraria:

- I. Asistencia sanitaria
- II. Empleo
- III. Justicia/procesos judiciales
- IV. Administración
- V. Bienestar social
- VI. Vivienda.
- VII. Educación
- VIII. Vida familiar y reproductiva
- IX. Seguros y otros servicios financieros
- X. Acceso a otros servicios o establecimientos públicos (por ej., servicios funerarios).

10) Otro grupo vulnerable son las personas que tienen una preferencia u orientación sexual diferente de la heterosexual. Este grupo vulnerable sufre discriminación porque existe una tendencia homogeneizante que defiende la heterosexualidad como sexualidad dominante y, a partir de ella, se califican todas las demás orientaciones o manifestaciones como incompletas, perversas y, en algunos casos, como patológicas, criminales e inmorales. Lo anterior provoca una respuesta de temor al riesgo imaginado desde el prejuicio dogmático e intolerante, que en última instancia se traduce en desprecio, odio y rechazo.

La discriminación contra las *personas que tienen una preferencia u orientación sexual diferente a la heterosexual* se manifiesta como homofobia que es la aversión contra las orientaciones, preferencias sexuales, identidades o expresiones de género, contrarias al arquetipo de los heterosexuales lo que incluye la lesbofobia y la transfobia. Las personas que son víctimas de homofobia son rechazadas, en el trabajo, escuela y en sus propios hogares (CONAPRED, Diversidad sexual).

11) La juventud tiende a cuestionar críticamente al mundo, busca comprenderlo desde una perspectiva que es o puede ser distinta a la de las personas adultas. Sin embargo, las y los *jóvenes* deben integrarse en ámbitos que les resultan ajenos, tales como la actividad laboral o la participación política. Acceder a oportunidades dentro de estos espacios frecuentemente significa renunciar a la propia individualidad sin que haya una razón legítima de fondo.

Los espacios para la juventud en México son limitados y no permiten que las y los jóvenes desarrollen plenamente su potencial. Esta falta de oportunidades aunada al rechazo y prejuicios que pesan sobre ellas y ellos, no es otra cosa que la negación o limitación arbitraria de derechos con graves consecuencias a nivel individual, social, político y económico (CONAPRED, Jóvenes).

12) El trabajo doméstico consiste en el trabajo realizado en un hogar y para él, incluidos las tareas domésticas, el cuidado de niños y otros cuidados personales. De manera genérica se puede diferenciar entre remunerado y no remunerado. Trabajo del hogar es el nombre con el que las trabajadoras reivindican su actividad económica, productiva.

Para diferenciar las labores domésticas que se realizan en casa, generalmente no remunerado y realizado por integrantes de la familia, las *trabajadoras del hogar* han definido que se les denomine de esa manera, precisamente porque lo que exigen en primera instancia es que se les reconozca como trabajadoras y que en correspondencia con esta condición, tengan acceso igual al goce de los derechos como cualquier trabajador y trabajadora (CONAPRED, Trabajadoras del hogar).

Los grupos vulnerables a la discriminación en la mayoría de los casos pertenecen a las denominadas minorías. Estas minorías son pequeños grupos dentro de una sociedad. Hay veces que estos grupos no son pequeños pero aun así son rechazados. El prejuicio de que son objeto estos grupos hace que sus integrantes sean juzgados antes de ser conocidos. Son generalizados y rechazados. La intolerancia, el rechazo y la ignorancia en la mayoría de los casos son determinantes para el nacimiento de conductas discriminatorias.

Los diversos conceptos analizados como componentes de la discriminación se encuentran tan profundamente arraigados en nuestra sociedad y cultura, que es muy difícil y a veces parece imposible eliminarlos. Lo anterior nos conduce a interrogarnos sobre la funcionalidad de los mismos, la respuesta que se dará en el siguiente capítulo es que la discriminación es un control social sobre la sexualidad.

CAPÍTULO 3

LA DISCRIMINACIÓN COMO CONTROL SOCIAL DE LA SEXUALIDAD

En este capítulo después de definir que es “moral” se establecerá una diferencia entre moral laica y moral religiosa, para ello se recurrirá a Núñez (2000), Foucault (2002), Durkheim (2011), Girard (1986) y Becker (1971); y a los documentos como son la Biblia y el Catecismo de la Iglesia Católica (1992). Los documentos de CONAPRED, de la CNDH y la CDHDF; y las noticias en periódicos y revistas nacionales nos serán útiles para conocer como el VIH/SIDA es motivo de discriminación

PRIMERA PARTE

Moral laica y moral religiosa

Etimológicamente "ética" y "moral" tienen el mismo significado. (Wikipedia, 2012). La palabra *ética* proviene del latín *ethicus*, y este del griego antiguo ἠθικός, que transcrito a nuestro alfabeto, es "éthicos". Pero es preciso diferenciar al "êthos", que significa "carácter", del "éthos", que significa "costumbre".

Para diferenciar estos dos significados recurrimos a Muñoz (2010) que afirma que *Êthos* en el sentido más antiguo aludía a la “residencia”, a la “morada”, al “lugar donde se habita”. El significado evolucionó hasta llegar a designar las disposiciones fundamentales del hombre en la vida, su *carácter*. Platón y Aristóteles derivaron *êthos* de *éthos*: el carácter de la costumbre. El *carácter*, para estos pensadores, es como una “segunda naturaleza”, fuente de nuestros actos y a la vez resultado de ellos, con el que hemos de forjar nuestra personalidad moral.

Ambos términos, *êthos* y *éthos*, fueron traducidos al latín como costumbre. En esta traducción prevaleció el sentido de costumbre o hábito en detrimento de las otras acepciones, así el pensamiento ético enfocó su reflexión hacia los hábitos y, progresivamente, hacia la vida moral, que terminó centrándose en la calificación de los actos humanos como buenos o malos.

Para Abbagnano (1985:466-467) el concepto de moral tiene diversos significados como doctrina ética:

- 1) “como ciencia del fin al que debe dirigirse la conducta de los hombres y de los medios para lograr tal fin y derivar, tanto el fin como los medios de la naturaleza del hombre;”
- 2) “como ciencia del impulso de la conducta humana e intenta determinarlo con vistas a dirigir o disciplinar la conducta misma.”

Estas dos concepciones son fundamentalmente distintas y hablan dos lenguajes diferentes. La primera habla del ideal al que el hombre se dirige por naturaleza y,

en consecuencia de la “naturaleza”, “esencia” o “sustancia del hombre”; la segunda habla de los “motivos” o de las “causas” de la conducta humana o de las “fuerzas” que la determinan y pretende atenerse al reconocimiento de los hechos.

Ahora es pertinente señalar que hay distintos tipos de moral, como la moral pública, para citar una entre varias, que para Escalante (2011:41) “es un sistema de usos, de costumbres, formas de acción y relación dotadas de sentido... es la solución colectiva, histórica, para los problemas de autoridad, jerarquía, justicia y coexistencia pacífica en sociedad... Toda moral pública supone... un modelo de vida íntima... donde al ciudadano se le exige en lo público: responsabilidad, moderación, patriotismo y se le supone en lo íntimo: frugal, austero, ordenado... La moral pública no es un código completo y preciso: es un sistema de valores que orienta campos y tipo de actividad.” Pero para el propósito de la presente tesis nos referiremos principalmente a la moral laica y la moral religiosa.

En cuanto a lo religioso y lo laico, podemos señalar que es unánime la convicción de que las diversas normas éticas o morales de la humanidad nacieron en el seno de las religiones: a) en las religiones (más) naturalistas era el orden cósmico, como manifestación del trasfondo divino, el que marcaba las pautas de la conducta correcta, b) en las religiones (más) proféticas estas pautas se viven como originadas y sancionadas directamente por Dios o por los dioses, interpretándose como “mandamientos” divinos (Torres, 2004)

La moral religiosa tiene como una de sus características principales la heteronomía la cual consiste en la lectura literal de la Biblia, con la impresión de que Dios dictó los mandamientos. Para Torres la heteronomía de la moral religiosa se refiere a que las normas son buenas porque Dios las quiere, colocando además a la Iglesia, sobre todo en la edad media, como una instancia determinante en el mundo cultural y con gran influencia para determinar lo que “debería” hacerse socio-políticamente. Fue bajo ese nuevo orden que Europa pudo superar el caos provocado por la disolución del imperio y las invasiones bárbaras.

La moral religiosa que más se conoce en el mundo occidental es la cristiana, ésta moral se fundamenta principalmente en la Biblia, libro sagrado para judíos y cristianos. El Antiguo Testamento, libros de la Biblia escritos antes del nacimiento del Maestro Jesús, fundamenta la moral en la alianza de Israel con Dios; en cambio, en el Nuevo Testamento, libros escritos por los seguidores de Jesús, la moral se funda en la relación del hombre con Cristo (Jn 13,17). Es importante destacar el carácter teocéntrico de la moral cristiana: el fin primario no es la perfección de sí mismo, aunque no se excluye, lo fundamental es responder a Dios, acercarse a él y ser como él quiere, ser semejantes a Dios, incluida la perfección. El fin de la moral cristiana es la gloria de Dios (Is. 43,21; I Pe. 2,9). En síntesis la moral cristiana es un vivir de acuerdo a la palabra de Dios.

El concepto de pecado es muy importante en la moral religiosa cristiana. Según Abbagnano (1985), el pecado no es la transgresión de una norma moral o jurídica, sino la transgresión de una norma que se considera impuesta o establecida por la divinidad. Los elementos de esta concepción son el carácter divino de la norma y la intención de violarla.

El concepto de pecado no siempre ha tenido el mismo significado como ahora lo conocemos, en un principio las diferentes religiones recopilaron en forma escrita las costumbres que posteriormente se convertirán en leyes. Así lo muestra el Código de Hammurabi, originalmente una piedra de basalto negro, de 2.40 metros de altura, en la cual fueron esculpidos los juicios del dios Marduk sobre aspectos como matrimonio, muerte, repartición de mercancías, adopciones de niños, siervos y esclavos, entre otros aspectos. (Ortega & Quiñones, 2006)

El autor de estas normas que posteriormente se convertirían en leyes es "El Dios (que) está sentado en una elevación del terreno...el aura lanza destellos que salen de sus hombros, a la vez que habla"...Oíd mis palabras", así estaba escrito en la parte inferior de la estela de Hammurabi. (Jaynes cit. por Ortega & Quiñones, 2006.)

Otro documento que recopila las costumbres que posteriormente se convertirán en leyes es la "Mishna", libro de teología hebreo, que revela la razón por la cual ciertas normas posiblemente hayan tenido en sus orígenes una motivación natural.

De la sola lectura del Código de Hammurabi y la Mishna no parece derivar la noción de pecado, como contravención grave a un mandamiento superior. La idea de pecado pudo desarrollarse como fórmula escrita en términos de sanción extrema para atajar todos aquellos comportamientos que podían afectar o vulnerar seriamente tanto la naturaleza física como psicológica del ser humano. Se explica así por qué, en textos religiosos de muchos pueblos, la prohibición derivaría hacia pronunciamientos contundentes: "sí, puedes hacer esto y esto no.... de lo contrario... te va a castigar Dios". (Ortega & Quiñones. 2006)

La noción de pecado en la Biblia aparece con diversos términos tomados del ordinario de las relaciones humanas: falta, iniquidad, rebelión, injusticia, etc. La historia de la humanidad, de acuerdo a la Biblia, inicia con el relato del pecado de Adán y Eva, y en este relato, según los teólogos, el pecado se manifiesta como una desobediencia, un acto en el que hombre se opone consciente y deliberadamente a Dios violando uno de sus preceptos e implica, como consecuencia una ruptura entre Dios y el hombre y como castigo es expulsado del paraíso. (Dufour. 1965),

La teología cristiana elaboró a través del tiempo el concepto de pecado. San Agustín de Hipona lo define en *Contra Faustum Manichaeum*² como “lo dicho, hecho o deseado contra la ley eterna”, Santo Tomás de Aquino en su Suma Teológica (II, 1, q. 71, a. 6) no hizo más que aceptar esta definición e insiste en que todo pecado como tal es un pecado contra Dios. (S. Th. II, 1, q. 72, a. ad 1º). Se puede decir que este concepto permanece invariable en Kant y Kierkegaard (cit. por Abbagnano 1985).

Finalmente el *Catecismo de la Iglesia Católica* (texto oficial sobre dogma, ritual y moral de la iglesia católica romana) define el pecado como:

“...una palabra, un acto o un deseo contrarios a la ley eterna” (Catecismo de la Iglesia Católica, 1997:340)

El mismo Catecismo reitera enseguida

“...es una ofensa a Dios: ... se levanta contra el amor que Dios nos tiene y aparta de Él nuestros corazones. ...es una desobediencia, una rebelión contra Dios...es así “amor de sí hasta el desprecio de Dios” (Ídem)

La falta o pecado tiene como consecuencia la culpa y el castigo, el primero se define como la carga de responsabilidad que recae sobre quien ha cometido la falta, de nuevo citamos la Biblia, en el segundo libro de Samuel (2 Sam. 11,1-27) se narra como David, después de haber cometido dos graves pecados: adulterio y asesinato de Urías, trató de ocultarlos. Decisión que lo atormentó de modo que hubo de confesar. «Mientras callé se consumieron mis huesos en mi gemir todo el día» (Sal. 32,3). (Martínez, 2004).

De acuerdo a la religión católica romana la única salida para no ser atormentados por la culpa es confesar que se ha desobedecido consciente y deliberadamente oponiéndose a la ley divina, solamente el acto de la confesión puede restablecer la unión con Dios. Este es el por qué en la iglesia católica romana existe el sacramento de la penitencia o confesión que es uno de los grandes procedimientos para producir la verdad (Foucault, 2002).

Al menos desde la Edad Media, se colocó a la confesión entre los rituales mayores de los cuales se espera la producción de la verdad. El Concilio de Letrán, en 1215, reglamentó el sacramento de la penitencia. A principios del siglo XIII, se dio la orden a los cristianos de arrodillarse al menos una vez por año para confesar, sin omitir cada una de sus faltas. El cristiano ha sido obligado a decir lo que es, lo que ha hecho, lo que recuerda y lo que ha olvidado, lo que esconde, lo que piensa y lo que piensa pensar. La penitencia tiene como tema privilegiado de confesión el sexo. La confesión constriñe a la enunciación verídica de la singularidad sexual, por extremada que sea. En la confesión se ligan la verdad y el sexo por la expresión obligatoria y exhaustiva de un secreto individual.

² La traducción literal del latín es: “Contra el maniqueo Fausto”, libro XXII, párrafo 27

La confesión es un ritual de discurso en el cual el sujeto que habla coincide con el sujeto del enunciado; también es un ritual que se despliega en una relación de poder, pues no se confiesa sin la presencia de otro, que no es simplemente interlocutor sino instancia que requiere la confesión, la impone, la aprecia e interviene para juzgar, castigar, perdonar, consolar, reconciliar. En la confesión la instancia de dominación no está del lado del que habla sino del que escucha y se calla; no del lado del que sabe y formula una respuesta, sino del que interroga y pasa por saber. (Foucault, 2002)

El Catecismo de la Iglesia Católica reiterativamente impone a la confesión como un ritual sacramental obligatorio para descargar la culpa:

“Todos los miembros de la Iglesia, incluso sus ministros, deben reconocerse pecadores.” (Catecismo de la Iglesia Católica-1997:163)

Los penitentes, de acuerdo al Catecismo citado, deben enumerar en la confesión todos los pecados mortales de que tiene conciencia, incluso si estos son secretos, más aún los pecados veniales, denominados así en dicho Catecismo, se recomienda sean confesados y todo esto debe realizarse al menos una vez al año por todo fiel llegado a la edad del uso de la razón (Catecismo de la Iglesia Católica, 1997)

El pensamiento filosófico moral del judaísmo y el estoicismo nutren la moral cristiana; que a su vez es la fuente principal de la moral actual en gran parte del mundo occidental. La moral judaica antigua, antecesora y fuente de la moral cristiana, se caracterizó por una notable reglamentación de la expresión sexual. (Núñez, 2000).

“De los treinta y seis delitos castigados con la pena de muerte de acuerdo a la ley mosaica³, la mitad de ellos afectan a las relaciones sexuales de una u otra índole. De esa mitad, tres se refieren a las llamadas relaciones sexuales contra natura, es decir, relaciones sexuales entre hombres y animales, entre mujeres y animales y entre hombre y hombre”. (Fratti cit. por Núñez, 2000.)

El estudioso de la sexualidad Wainwright Churchill (1967, cit. por Núñez, 2000) señala que *“es a los hebreos antiguos a quienes debemos la idea de que la desnudez es vergonzosa y el sentimiento de que los órganos sexuales y sus funciones son obscenos”* Por su parte el sexólogo Juan Luis Álvarez Gayou (1989 cit. por Núñez, 2000) argumenta que probablemente en una época de escaso desarrollo bélico, cuando el triunfo dependía de la cantidad de hombres, la reglamentación de expresión sexual era un imperativo del pueblo hebreo para poder sobrevivir, de allí que se castigara sobremanera las conductas eróticas que no tuvieran por fin la reproducción.

³ La ley de Moisés o Ley mosaica se refiere a la ley del antiguo pueblo de Israel en la Biblia Hebrea. En hebreo se llama la Torá ("Ley"), un título que también se refiere a los primeros cinco libros de la Biblia hebrea. (Wikipedia. Ley Mosaica, 2013)

Los preceptos de la moral judía que se han señalado condenan y castigan las conductas que no tienen por finalidad la reproducción biológica van a conformar, junto con el estoicismo, la moral cristiana y sus representaciones de la existencia sexual de los individuos. Cabe decir que tal vez desde entonces ya existía una sobrevaloración de la genitalidad y del orgasmo.

Así, las representaciones de la sexualidad que codificara el cristianismo ya estaban presentes en el sistema de representaciones de la época precristiana, su influencia se deja sentir en los escritos de San Pablo que en dos ocasiones, enlista los pecados, en su primera carta a los Corintios (1 Cor. 6, 9-19) y primera a Timoteo (1 Tim. 1, 9-10), clasificados de acuerdo a un orden jerárquico, y en la que aparecen las tendencias generales de lo que será la moral cristiana, donde podemos identificar y encontrar el lugar que ocupa la sexualidad como muy importante. Los pecados contra el cuerpo se encuentran después de los cometidos contra Dios y contra la vida del hombre y antes de los pecados contra los bienes, y las cosas y contra la palabra. (Núñez, 2000)

San Pablo enumera cuatro tipos de pecado contra el cuerpo:

“En el reino de Dios no tendrán parte los que cometen inmoralidades sexuales, ni los que cometen adulterio, ni los afeminados, ni los hombres que se acuestan con otros hombres.” (1 Cor. 6, 9 y ss.)

En el texto anterior se señalan entre otros aspectos que los que cometen inmoralidades sexuales como la prostitución, el adulterio (quienes seducen a la mujer y las mujeres que se dejan seducir); y los afeminados. Bajo el término afeminados, *molles* en latín y *malakoï* en griego, se ocultaba el erotismo, es decir, el conjunto de prácticas que retrasaban el coito, con el fin de gozar más intensamente y durante más tiempo, en otras palabras, la búsqueda exclusiva del placer. (Núñez, 2000). El Dr. Hanks (2001) confirma lo anterior al afirmar que este término literalmente se traduce como “suaves”, es una metáfora para varones indisciplinados o “afeminados”, alguien que pasa demasiado tiempo en compañía de mujeres y en relaciones sexuales.

El cristianismo, siguiendo a San Pablo, va plantear una moral sobre la existencia sexual de los individuos. Tales representaciones van a clasificar, censurar, adjetivar, oponer y asignar fines a la expresión sexual, de tal suerte que la expresión sexual deberá tener como fin la reproducción, por lo mismo será entre hombre y mujer; deberá evitar el placer, situación que circunscribirá la expresión sexual al área genital con privilegio del orgasmo masculino; y deberá darse dentro de la institución matrimonial “bendecida por Dios”. (Núñez- 2000)

Como continuador de la doctrina paulina⁴ tenemos a Agustín de Hipona o San Agustín (en latín *Aurelius Augustinus Hipponensis*) que junto con San Jerónimo, San Gregorio y San Ambrosio, son considerados los cuatro más importantes

⁴ Doctrina paulina o doctrina expuesta en sus escritos por San Pablo

Padres de la Iglesia Latina, de ahí viene su importancia para la doctrina de la moral cristiana (Wikipedia, 2012).

Para San Agustín el sexo constituía una obsesión, siempre albergó una honda desconfianza hacia la carne, su experiencia sexual se había limitado a los amores ilícitos de los que heredaría un sentimiento de culpa y desventura, asoció toda relación sexual, incluso la matrimonial, a la perversidad y el pecado. Para este santo, la continencia era el primer paso para servir al Señor, pero lo entendió de un modo rigorista, afirmaba, incluso que el matrimonio está corrompido por la impudicia.

En el año de 401, San Agustín escribió el tratado “De Bono Conjugali”⁵, que influiría en toda la tradición cristiana. En esta obra establece tres “*bona*”: la prole, la indisolubilidad y la fidelidad. Su principio básico es que en el matrimonio, la relación sexual, cuyo fin es la procreación, se considera buena y legítima, si no es para este fin, es pecaminosa. Las consecuencias que dedujo de sus postulados el día de hoy parecen algo singulares:

- 1) las personas mayores, como ha desaparecido la más remota posibilidad de tener descendencia, deberán procurar ser castos de alma, es decir, marginar el sexo en su totalidad,
- 2) los jóvenes mientras practican la relación sexual, piensen de sí mismos no como marido y mujer sino como padre y madre,
- 3) el coito con una esposa embarazada es un pecado de concupiscencia, pero es mejor que el esposo peque con su esposa que con cualquier otra mujer y
- 4) el matrimonio ideal es una unión de célibes, dado que los conyugues pecan, incluso cuando intentan tener un hijo. (De Rosa, 1991)

Otro de los grandes pensadores de la iglesia latina fue San Gregorio Magno, cuyo pontificado duro de 590 a 604, sexagésimo cuarto Papa de la Iglesia Católica. Fue el primero de los pontífices que puso su sello aprobatorio a la obra de San Agustín. San Gregorio afirmó: a) el acto sexual no sólo es pecado durante el embarazo, sino también durante la crianza, b) el marido, después de haber dormido con su esposa, no debe entrar a la iglesia si antes no se ha purificado mediante penitencias y abluciones, c) el matrimonio no es pecaminoso, pero la sexualidad entre los consortes si lo es, c) las criaturas nacen como el condenado fruto de la lascivia de sus padres, d) la existencia en sí misma es un estado de pecado, haber nacido es hacer méritos para el castigo eterno y e) cada acto sexual dentro del matrimonio requiere una penitencia para expiarlo (Ídem)

El pensamiento de San Agustín y San Gregorio se repite en *La Visión de San Alberico*: en esta visión hay preparado un lago de tormento en el infierno para los consortes que tuvieron la temeridad de dormir juntos en las festividades

⁵ Lo bueno del matrimonio, en latín De Bono Conjugali,

eclesiásticas o en los días de vigilia o ayuno y en el *Malleus maleficarum*⁶, de Kramer y Sprenger, esta obra cita la creencia de que la sexualidad es tan inquebrantablemente perversa que sirve de puerta principal para que Satanás penetre en el mundo (Cit. por De Rosa, 1991).

Los papas han continuado con el pensamiento agustiniano donde la sexualidad no tenía otro sentido que la procreación. El gozo, la satisfacción y el placer están proscritos y, extintos. Pio XI, en la encíclica *Ubi Arcano*⁷, enseña que el laicismo ha penetrado hasta las raíces de la sociedad, hasta el santuario de la Familia; y en su documento papal, *Casti Connubii*⁸, encíclica sobre el matrimonio cristiano, declara que la salud del Estado y la prosperidad de la sociedad no están seguras donde no está el recto orden moral del matrimonio y la familia.

En la sección 14 de esta encíclica se afirma:

“la generación natural de la vida se ha convertido en camino de muerte por donde pasa a la prole el pecado original”

En la sección 23 de este documento pontificio se declara que los esposos se unan con un amor especialmente santo y puro, no como amantes adúlteros; y en la sección 54 se afirma que los cónyuges no perviertan el acto de la naturaleza al tratar sólo de satisfacerse voluptuosamente al no guardar continencia y no admitir la prole.

En este documento, Pio XI escoge y selecciona las doctrinas de sus antecesores reafirmando que el nacer en sí mismo es una suerte de muerte.

Un ligero cambio en esta moral rigorista se percibe en Pio XII (1941), cuando pronuncia una alocución a los recién casados:

“El mismo creador, que en Su bondad y sabiduría deseó la conservación de la especie y la propagación de la raza humana mediante la labor del hombre y la mujer uniéndolos en matrimonio, dispuso también que en esa función la pareja debiese experimentar placer y gozo de cuerpo y alma. La pareja, pues al buscar y disfrutar este placer no peca.” (Cit. por De Rosa, 1991).

En este documento, Pio XII, al centrarse en el placer negándose a utilizar la palabra “amor”, sitúa la procreación como el fin primordial del matrimonio, y añade que experimentar placer y gozo de cuerpo y alma, en la unión matrimonial, no es pecado.

⁶ El *Malleus maleficarum* es un libro en latín de la Edad Media, puede traducirse su título como Martillo de las Brujas.

⁷ La encíclica es una carta sobre algún punto de la doctrina católica enviada por el Papa, dirigida a los obispos de un área en particular, o a los obispos del mundo y a menudo a todos los fieles. Las encíclicas están escritas en latín y suelen citarse por las primeras palabras con que inician en latín. Ubi arcano, en español, Desde el momento en que por inescrutable designio

⁸ Del casto matrimonio.

Los elementos de la moral cristiana que acabamos de exponer se repiten claramente en el “Catecismo de la Iglesia Católica”. En este Catecismo se consideran ofensas a la castidad:

- La lujuria: deseo o goce desordenados del placer venéreo cuando es buscado por sí mismo, separado de las finalidades de procreación y de unión.
- La masturbación: excitación voluntaria de los órganos genitales a fin de obtener un placer venéreo.
- La fornicación: unión carnal entre un hombre y una mujer fuera del matrimonio.
- La pornografía: exhibición deliberada de la intimidad de los protagonistas en actos sexuales, reales o simulados, para exhibirlos ante terceras personas de manera deliberada.
- La prostitución: porque atenta contra la dignidad de la persona que se prostituye, puesto que queda reducida al placer venéreo que se saca de ella.
- La violación: forzar o agredir con violencia la intimidad sexual de una persona. (Catecismo de la Iglesia Católica, 1997:420-421)

Este documento da una importancia significativa a la homosexualidad, después de decir en que consiste la homosexualidad afirma que los actos homosexuales son intrínsecamente desordenados; contrarios a la ley natural; cierran el acto sexual al don de la vida; no proceden de una verdadera complementariedad afectiva y sexual; califica a esta “inclinación” como desordenada e indica que los homosexuales deben ser acogidos con respeto, compasión y delicadeza. Con esto se evitará, respecto a ellos, todo signo de discriminación injusta. (Catecismo de la Iglesia Católica, 1997)

Hemos visto que la moral religiosa está fundamentada en reglas o normas de comportamiento social basada en premios y castigos eternos impuesta por un ser poderoso, esta moral influyó en la formación de países regidos por códigos y creencias similares. De pronto la humanidad se vio ante la interrogación de como convivir ante las diversas creencias nacidas sobre todo en la reforma luterana, influenciados por la revolución francesa los pensadores encontraron la respuesta en la secularización con su humanismo basado en la dignidad del ser humano como ser autónomo y pensante dando origen al laicismo y a la moral laica.

Respecto a los conceptos de laicismo y moral laica que se gestaron en la ilustración como dirección filosófica tienen como bases la libertad y la razón entendida como facultad humana con los siguientes rasgos: 1) autónoma y autosuficiente, 2) única autoridad para el conocimiento y que lucha por la emancipación de la ignorancia, superstición e intolerancia 3) crítica contra la tradición como obstáculo para el progreso (Cabarríos, 2008).

En este sentido Kant escribió: “La Ilustración es la liberación del hombre de su culpable incapacidad. La incapacidad significa la imposibilidad de servirse de su

inteligencia sin la guía de otros. Esta incapacidad es culpable porque su causa no reside en su falta de inteligencia sino de decisión y valor para servirse por sí mismo de ella...Ten el valor de servirte de tu propia razón: he aquí el lema de la Ilustración”. (Kant, cit. por Abbagnano, 1985:648-649).

Con el término laicismo se entiende el principio de la autonomía de las actividades humanas con la exigencia de que tales actividades se desarrollen según reglas propias, que no le sean impuestas desde fuera, con finalidades o intereses diferentes a los que ellas mismas se dan. Este concepto no sólo puede ser entendido como reivindicación del estado frente al clero sino que también sirve para sustraer la ciencia y, en general, la esfera del saber, a las influencias extrañas y deformadoras de las ideologías políticas, de los prejuicios de clase o de raza. (Abbagnano, 1985)

Por primera vez en 1277 se afirmó enérgicamente por parte del obispo de París Étienne o Esteban Tempier el principio de laicidad como: “las aseveraciones principalmente filosóficas que no conciernen a la teología no deben ser condenadas o interdictas⁹ por nadie. Ya que cada uno debe ser libre de decir libremente lo que guste.” (Dialogus inter magistrum et discipulum de imperatorum et pontificum potestate. I, II, 22).¹⁰ En el siglo XVII, Galileo Galilei, reafirmó el mismo principio con relación a la ciencia reivindicando la autonomía de la ciencia.

El principio del laicismo es el fundamento de la cultura moderna y es indispensable a la vida y desarrollo de todos los aspectos de esta cultura. Los únicos auténticos adversarios del laicismo son todas las direcciones políticas totalitarias. Tales direcciones pretenden adueñarse del cuerpo y del alma del hombre para impedirle toda crítica o rebelión. (Abbagnano, 1985).

El 14 de enero de 2013 la Catedra Extraordinaria Benito Juárez de la UNAM emitió el documento *Carta Laica*, donde se refiere tanto al concepto de laicidad como al de no discriminación, inicia el documento citando a Jorge Carpizo: “La democracia es sinónimo de laicidad, en virtud de que es contraria al fanatismo, a la superstición, al pensamiento único y a los valores absolutos que son inaccesibles a la razón humana”, en sus considerandos afirma que la laicidad es fundamento de libertad y palanca contra la discriminación y, por lo mismo, hace posible la convivencia democrática. Y más adelante se dirige a la opinión pública para hacer un llamado a todas las autoridades del estado en todos sus niveles de gobierno para que se promueva la tolerancia como principio fundamental de convivencia democrática para sentar las bases de una sociedad que reconoce el valor de las diferencias y garantice que el contenido de las normas respete los

⁹ Interdecir. (Del lat. *interdicere*). Vedar, prohibir. Real Academia Española. Diccionario de lengua española. 22ª edición.

¹⁰ Traducción literal: Diálogo entre el maestro y discípulo sobre el poder de los emperadores y el pontífice.

principios de libertad, igualdad y no discriminación que impone el marco constitucional.

La moral laica, según la VIII Gran Asamblea del GOFMU (2005), es una moral autónoma construida desde la razón y el posicionamiento crítico, libre de prejuicios dogmáticos y en un marco de pluralismo y tolerancia de ideas. Es una moral que no surge de lineamientos disciplinarios religiosos o mera adopción heterónoma de preceptos ajenos a la voluntad individual, sino de admitir diversos puntos de vista que respetan la transparencia argumentativa, el carácter razonable de las soluciones propuestas para reglar conflictos de intereses, el celo por la disposición al dialogo así como a la crítica liberal. Hablar de moral laica presupone un pluralismo de valores igualmente legítimos aceptado autónomamente por la diversidad de grupos e individuos en la prosecución tanto del bien particular como del bien común, de la justicia y de la libertad.

La moral laica es matriz de la democracia como forma de vida pues parte y a su vez remite al respecto a la dignidad como máxima expresión de la autonomía humana, a la preservación del pluralismo que es la resultante de la coexistencia pacífica de las diversas opiniones sobre el buen vivir de las sociedades democráticas.

Acerca de la moral laica Escalante (2011) afirma que los hombres, vistos por separado o en conjunto, actúan como si siguieran reglas de juego, que dicen que hacer y cómo hacerlo, y explican también su conducta apoyándose en normas más o menos explícitas. Estas reglas expresan valores, y la gente las observa precisamente por eso: no por conveniencia o un interés abstracto, sino porque son reglas que dicen cómo es el mundo.

En la moral laica se supone encontrar en la sociedad un sustituto de Dios, que a la vez reconozca la autoridad de las normas y las causas de la obediencia de los individuos. En otras palabras la sociedad impone normas, exige ciertas conductas y por su propia inercia también castiga. De modo que tiene sentido suponer que una regla moral “expresa esencialmente necesidades sociales”. Puede ser todo costumbre, pero la costumbre es ahora algo sólido y arraigado con tanta firmeza que la moral no es sino lo social actuando a través de los individuos. (Durkheim, 1982/2002).

Este autor señala que los valores cambian, como cambian las sociedades, pero nunca cambian al parejo, y ni siquiera en el mismo sentido. Puede ser un recurso de resistencia, y aún de rebeldía. La moral no es un sistema uniforme. La estruendosa evidencia de los valores dominantes, malamente puede ocultar el hecho de que el orden moral es, más que otra cosa, un arreglo de usos y valores dispares.

Otro autor que se ocupa del estudio de la moral laica es Kropotkin (1922), quien señala desde un punto de vista científico que la naturaleza *no es amoral y no enseña al hombre el mal* y que, al contrario, la moral es un producto natural de la evolución de la vida social no solamente en el hombre, sino en casi todos los seres vivos, la mayoría de los cuales ofrecen ya algunos rudimentos, cuando menos, de las relaciones morales.

Kropotkin agrega que todo el progreso humano está íntimamente ligado a la vida social. La vida en común engendra, natural e inevitablemente en los hombres y en los animales, el instinto de sociabilidad y de ayuda mutua, cuyo desarrollo subsiguiente hace nacer en los hombres los sentimientos de simpatía y de afecto.

En estos sentimientos e instintos reside el origen de la moral humana, o sea el conjunto de sentimientos, concepciones y representaciones, que, en último término, se transforman en la regla fundamental de todos los comportamientos: *No hagas a los demás lo que no quieras que te hagan a ti*. Esta regla es tan sólo la expresión de la justicia y de la igualdad de derechos.

Kropotkin cree que entre los elementos fundamentales de la moral, junto con el sentimiento de la ayuda mutua y el concepto de la justicia, hay, todavía, algo más, que los hombres llaman magnanimidad, resignación o espíritu de sacrificio, ayuda mutua, justicia y espíritu de sacrificio.

Reconocido como revolucionario y realista, Kropotkin consideraba que los que se autodenominan revolucionarios o comunistas carecen de una idea moral directora, de un ideal elevado de moral. Al negar los lazos entre la moral, por una parte, y la religión y la metafísica por otra, Kropotkin afirmaba que tan sólo permaneciendo dentro de la realidad puede encontrarse la fuerza para una vida verdaderamente moral.

Para dicho autor la solidaridad es algo más real que la fraternidad. Para probarlo, indicaba el hecho de que con frecuencia nacen, entre los hermanos, disputas y odios que conducen, a veces, hasta el fratricidio. En el orden vital, la concepción de la solidaridad expresa la relación física y orgánica entre los miembros y elementos de cada ser vivo, mientras que en el orden de las relaciones morales la solidaridad se expresa en la ayuda mutua y en la compasión. La solidaridad concuerda con la libertad y la igualdad, condiciones éstas indispensables para la justicia social. *Sin igualdad no hay justicia y sin justicia no hay moral*.

Por otra parte Emile Durkheim (1982/2002) afirma que se presenta un problema al pretender enseñar la moral sin retomar parte alguna de cualquier religión que basa sus normas en un escrito formal o de alguna especie de teología racional.

Toda la vida moral del hombre esta ordenada por cierto número de reglas, de principios, de máximas, de acciones que indican, que prescriben, cómo debe actuarse en determinadas circunstancias. La moral es un sistema de reglas. Si se

violan las reglas de la moral se corre el riesgo de ser excluidos de la sociedad. Así que para que un acto sea moral es preciso someterse porque la regla manda, y por respeto a ella. El acto moral favorece el bien común, en el bien moral, el fin moral debe ser representado como trascendente en relación con otros actos. Cuando se trata del deber ser, todo es claro. El deber dirige de una manera precisa, sólo es necesario escuchar esa voz interior que no se sabe de dónde viene, pero todos los hombres la sienten en ellos, cuando se escucha esa voz no puede ser desconocida, se puede ser sordo a esa voz, pero no se puede desconocerla. Esa voz manda, y eso es lo que da la seguridad con la que se actúa.

Para Durkheim en la moral religiosa el acto moral que se le exige al hombre es de su interés, porque viene de un ser esencialmente bueno, de un poder paternal. Esta es la mayor dificultad de la moral laica. Todas las religiones han presentado a Dios como el legislador de la conducta humana. Pero la historia nos muestra que la sociedad es la única y verdadera fuerza legislativa de los hombres. Es la sociedad quien instituye la moral la cual brota de las fuentes mismas de la vida y se convierte en un factor real de la vida de los hombres.

El autor afirma que la formación moral es el proceso mediante el cual cada individuo interioriza o hace suyo el sistema de valores y normas vigentes en la sociedad. La principal diferencia con el modelo de transmisión de valores absolutos radica en la escala de valores que cada individuo debe internalizar, no se basan en valores establecidos por doctrinas religiosas ni metafísicas, si no en valores establecidos por los miembros de la sociedad, fruto del consenso y trabajo común. La persona adulta no es aquella que se limita a hacer suyo los imperativos sociales, sino la que se esfuerza continuamente en comprender el sentido y la razón de ser de las leyes que la sociedad impone a los individuos y que éstos no son libres de rechazar.

Para que la enseñanza de la moral sea posible, hay que mantener intacta la noción de sociedad, hay que sostener que la sociedad es la condición misma de la civilización y de la humanidad. Los elementos básicos que garantizan la socialización moral según Durkheim son:

- 1) *Espíritu de Disciplina*: la vida moral debe ser regulada por normas sociales precisas que se impongan y pauten la conducta de las personas. Para fortalecer el espíritu de disciplina se deben alcanzar los siguientes objetivos:
 - Fomentar en el alumno el gusto por las normas, desarrollando su capacidad de controlar sentimientos, deseos e impulsos a los que se encuentra expuesto constantemente.
 - El desarrollo de una actitud de respeto a la autoridad que permita valorar y apreciar las normas en lugar de someterse en forma resignada. La obediencia a las normas debe ser consentida y deseada.

- 2) *Adhesión a los grupos sociales*: el individuo debe sentirse parte o miembro de un grupo social. Así la acción moral persigue fines impersonales que tienen por objeto la sociedad en su conjunto. Cuando la persona se siente integrada está dispuesta a recibir y aceptar las normas del grupo. Por lo tanto adhesión y disciplina se complementan.
- 3) La *autonomía de la voluntad* consiste en aceptar voluntariamente las normas sociales. Una persona ejerce su libertad y autonomía cuando se conforma con un orden de cosas porque tiene la certeza de que es así como debe de ser.

Por su parte Becker (1971) afirma que toda norma o regla social implica el ser obedecida y quien la quebranta puede ser visto por los demás como un tipo especial de individuo, alguien de quien no se puede esperar que viva de acuerdo con las reglas acordadas por el resto del grupo. Al infractor se le considera un marginal. El grado exacto en el cual uno se encuentra "marginal" varía de caso a caso.

Para Becker la investigación científica ha aceptado la premisa, dada por el sentido común, de que hay algo intrínsecamente desviado (cualitativamente diferente) en los actos que quebrantan las reglas sociales. Los científicos no ponen habitualmente en tela de juicio el rótulo "desviado", cuando se lo aplica a ciertas acciones o personas en particular, sino que lo toman como algo dado. Diferentes grupos consideran diferentes cosas como desviadas.

La concepción más simple de la desviación es esencialmente estadística, y define como desviado a todo lo que se aleje demasiado del promedio. La concepción estadística parece ingenua, y aún trivial. Esta es una solución demasiado simple. La definición estadística está demasiado alejada de la preocupación por transgresión de reglas que impulsa el estudio científico de los marginales.

Un enfoque menos simple, pero mucho más común, de la desviación, la identifica como algo esencialmente patológico, que revela la presencia de una "enfermedad". Este enfoque se apoya evidentemente, en una analogía médica. A veces la gente utiliza la analogía en una forma más estricta, ya que consideran a la desviación como un producto de la enfermedad mental pero la enfermedad mental se asemeja a la enfermedad física sólo metafóricamente. La metáfora médica limita las posibilidades de visión tanto como la concepción estadística.

El autor afirma que algunos sociólogos también usan un modelo de desviación basado esencialmente en las nociones médicas de salud y enfermedad. Se preguntan si en la sociedad se están desarrollando algunos procesos que tiendan a reducir su estabilidad. Estos sociólogos discriminan entre aquellas características que promueven la estabilidad, etiquetadas como funcionales y aquellas que están contra la estabilidad, por lo tanto son disfuncionales.

Otro punto de vista sociológico, continúa Becker, identifica la desviación con la no observancia de las reglas grupales. En la práctica es muy difícil especificar qué es funcional y que es disfuncional. Sin embargo, el hecho fundamental de la desviación es que es creada por la sociedad. Los grupos sociales crean la desviación al hacer las reglas cuya infracción constituye la desviación, y al aplicar estas reglas ciertas personas, por su no observancia de dichas leyes, son calificadas de marginales y/o desviadas.

Becker afirma que con respecto a las reglas se relacionan dos clases de personas: los creadores de las reglas y los impositores de las reglas. Estos dos tipos de personas pueden ser calificadas como “instigadores de la moral”.

Al creador de reglas se le puede llamar “cruzado reformador” porque considera a su misión como algo sagrado, sus acciones están guiadas por una ética absoluta, quiere suprimir el vicio, terminar con el juego y la delincuencia sexual, su interés es imponer su propia moral a los demás.

Una cruzada puede obtener un éxito fulminante, sólo para encontrarse después con que sus logros son cercenados y barridos por los cambios en la moralidad pública y que las interpretaciones judiciales de las leyes les imponen restricciones constantes y en aumento. Una cruzada fracasada tiene dos cursos para seguir. Puede simplemente abandonar su misión y concentrarse en preservar lo que queda en pie de la organización que se construyera. O bien el movimiento puede adherirse en forma rígida a una misión que es cada día menos popular.

Con el establecimiento de las organizaciones de impositores de reglas, la cruzada se institucionaliza. Lo que comienza como una campaña para convencer al mundo de la necesidad moral de una nueva regla, se transforma finalmente en una organización dedicada a la imposición de dicha regla; el resultado final de la cruzada moral es una organización policial.

Los motivos e intereses de la nueva organización policial no son tanto el contenido de una regla en particular sino el hecho de que su trabajo consiste en imponer dicha regla. Le interesa que la existencia de la regla le provee de un trabajo y profesión y una razón de ser por lo que debe justificar la existencia de su cargo, y debe ganarse el respeto de aquellas personas con las que trata.

Becker afirma que los impositores de reglas, ya que no tienen interés alguno en el contenido de las reglas en particular, a menudo desarrollan su propia evaluación privada de la importancia de los diversos tipos de reglas y de las infracciones a las mismas.

El que una persona que comete un acto desviado sea realmente catalogada como desviada, depende de muchos factores ajenos a su conducta real: a) de que el funcionario impositor sienta que en este momento debe haber una cierta exhibición de cómo cumple con su trabajo para justificar su cargo; b) de que el

infractor demuestre la adecuada deferencia hacia el impositor; c) de que el “arreglo” haya sido puesto en acción; d) y de que el tipo de acto que ha cometido se encuentre dentro de la lista de prioridades del impositor.

SEGUNDA PARTE

El VIH/SIDA como motivo de discriminación

Iniciamos este apartado citando a William Faulkner quien menciona:

“A veces no estoy tan seguro de quién tiene el derecho de decir cuándo un hombre está loco y cuándo no lo está. A veces pienso que ninguno de nosotros está del todo loco o del todo cuerdo hasta que la mayoría de nosotros dice que es así. Es como si no importara tanto lo que un tipo dice, sino la forma en que la mayoría de los demás lo mira cuando lo hace”. (Cit. por Becker, 1971:9)

De este texto podemos hacer una lectura funcional relativa al estudio de aquellas personas que reciben el mote de extraños, desviados o marginales, como son los infectados de VIH/SIDA y que sufren doblemente por una misma causa: el contagio y la discriminación.

Desde el surgimiento de la pandemia del SIDA, los homosexuales cobraron un especial protagonismo. Primero, por ser ellos las primeras víctimas de una enfermedad desconocida; y, segundo, porque en los diversos sectores las actitudes homófobas aprovecharon la oportunidad de exacerbación. Esta situación evocaba una nueva inquisición, que se jactaban de la justicia divina que castigaba, por fin, con la enfermedad y la muerte, a esos seres que habían caído en el peor de los vicios y la depravación. (Carrascosa, 2006)

Revisando la historia encontramos como mediante el lenguaje se es discrimina a los infectados por alguna enfermedad contagiosa. Las palabras no solo son parte y construyen pensamientos construyen también afectos, emociones, imaginación, encuentros y desencuentros, creencias, decisiones, elecciones, preferencias, etc. Esto lo podemos constatar en el niño estigmatizado que vive con una discapacidad, el indígena por su origen étnico, personas con preferencias distintas a la heterosexualidad, etc. Todas ellas personas seguramente víctimas de parodias, motes o apodosos humillantes que afectan su calidad de vida. Y ello no excluye lugares, se da en todos los ámbitos, desde la escuela hasta los juzgados, desde la casa familiar hasta en el trabajo. Brevemente revisaremos algunas de estas enfermedades contagiosas. (Rincón, 2005)

La enfermedad de la lepra es una de las epidemias más antiguas; el horror, el temor y el contagio fueron justificación para apartar al enfermo de lepra, recluyéndolo en lugares donde existían “otros como él”. Creándose así los leprosarios. Estos sistemas de exclusión funcionaron; disminuyó el contagio de la enfermedad, pero también se sentaron las bases de justificación para segregar al enfermo contagioso. Se utilizó la palabra *leproso* para designar al enfermo

contagiado de lepra, sin embargo, la palabra terminó por adquirir un carácter peyorativo y con un significado de rechazo. (Sevilla, 2010)

Durante el siglo XIV, aparece otra enfermedad denominada “muerte negra” o peste bubónica, que se manifestaba por llagas, hemorragias cutáneas, fetidez de la zona afectada, hinchazón, zonas negruzcas de la piel, inflamación de ganglios y altas temperaturas. En este caso se le dio al enfermo el calificativo de apestando o *apestoso*, debido a que despedía mal olor. El método más efectivo para evitar su propagación fue, entonces, el aislamiento del afectado.

A finales del siglo XVIII y principios del XIX, aparece otra enfermedad epidémica, contagiosa y muy temida, la tuberculosis; conocida como “la muerte blanca”, algunas personas con poder económico eran internadas en hospitales creados para recluir a los afectados. A los afectados se les llamaba *tuberculosos*, repitiéndose así el sufijo “oso” y los juegos de exclusión que existían desde la Edad Media, cuando se apartaba a los enfermos de los no afectados.

En el siglo XIX hace su aparición el cáncer, que viene a ocupar el lugar de importancia de la tuberculosis. Es una enfermedad cuya etiología se desconoce y, por consiguiente, el temor hacia ella crece, crea en un primer momento desconfianza y rechazo; de nuevo esta enfermedad es objeto de calificativos excluyentes como el de *canceroso*.

En los primeros años de la década de los ochenta se hacen contundentes, en las ciudades de California y Nueva York, los primeros casos de inmunodeficiencia. Con el tiempo, a este cuadro nosológico se le denominó Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Aunque el síndrome no existe sino hasta años después de que el portador haya sido contagiado por el VIH.

Los afectados por el VIH/SIDA son rechazados primero por la familia, los amigos y gente más cercana a ellos; posteriormente por el personal sanitario y por el personal administrativo de los hospitales. Una vez más el lenguaje utilizado es análogo a lo mencionado anteriormente, ahora para discriminar, se les va a denominar “sidosos”.

El SIDA hereda una compleja carga ideológica que han tenido otras enfermedades, sólo que ahora existen dos variables fundamentales que se conjugan: la sexualidad y la finitud, porque se trata de una enfermedad mortal, lo cual hace que la enfermedad sea asumida de manera oculta y considerada por los demás y por el propio portador como algo vergonzoso, en el que se van a ejercer juicios morales y prejuicios por parte de la sociedad.

Con el conocimiento de las causas y los alcances del SIDA se crea un ambiente de misterio, miedo al contagio y repudio hacia el portador de la enfermedad, a pesar de que siempre se han conocido las vías de contagio. Es entonces que vemos inaugurado un sistema, bien estructurado, de rechazo y exclusión en el

que participan las principales instituciones que dan estructura a nuestra sociedad como son la familia, la escuela, la iglesia y hasta el sistema de salud, que no obstante el conocimiento que almacena ejerce también la exclusión y la discriminación de quien la porta.

El SIDA es una de las enfermedades más singularizantes que hay; cuando se diagnostica la seropositividad, el resultado se entrega sólo al interesado, no a la familia como en el caso del enfermo de cáncer que frecuentemente primero se enteran la familia y después el paciente. Se da en ese momento un gran impacto emocional y le corresponde a la persona asimilarlo o no; al tratarse de una enfermedad incurable, el afectado es quien directamente debe decidir cómo quiere seguir viviendo o bien hasta cómo quiere morir; puesto que la sexualidad forma parte de los mecanismos de contagio e infección, le toca al afectado resolver también si ejerce su sexualidad y cómo hacerlo.

En la actualidad se sabe que el SIDA no se cura, pero como cualquier otra enfermedad, como la diabetes, seguramente pueden morir por dicha causa pero la posibilidad de vida, puede ser larga. Sin embargo, esa percepción de muerte, fue el detonador para que emergieran nuestros miedos y prejuicios que giran en torno a nuestro concepto de vida y muerte.

Debido al avance en la medicina se han encontrado medicamentos como son los retrovirales que pueden prolongar la vida del paciente, pero lo que no se encuentra es la forma de atenuar la discriminación en contra de los portadores del VIH/SIDA. Algunos datos que presentaremos enseguida nos confirmarán en esta idea.

El 27 de agosto de 2004 la CNDH emitió la Recomendación 49/2004, por sometimiento a prueba del VIH sin consentimiento informado y violaciones a los derechos a la protección de la salud, la legalidad y la privacidad de un marino, el 14 de septiembre de 2004 la SEMAR señaló que la Recomendación 49/2004 no podía ser cumplida.

El Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), en 2007 realizó un estudio sobre discriminación hacia personas que viven con VIH/SIDA e informa que el tratamiento que se da a los infectados por este virus por parte de las aseguradoras es, como regla, el de excluirla de su oferta de productos o su catálogo de seguros. Estas instituciones parten de la idea de que el virus de la inmunodeficiencia adquirida una vez diagnosticado en alguna persona constituye, en esencia, un siniestro, esto es, un riesgo actualizado y ya no un riesgo potencial.

En algunas compañías de seguros se incluye el VIH/SIDA en los seguros de gastos médicos, pero dentro de la categoría de "Enfermedades y tratamientos en período de espera". Es decir, tienen que transcurrir determinado número de años

entre la fecha de contratación del seguro y la fecha de diagnóstico del padecimiento para hacer válido el pago del seguro. Esos períodos fluctúan entre los cinco años (o sesenta meses) antes de la detección y diagnóstico de la enfermedad hasta los cuatro años (o cuarenta y ocho meses) anteriores. Otras compañías aseguradoras exigen una prueba de no infección previa, para contabilizar el referido período de espera. No hay posibilidad de reducir ese período. Conviene señalar que de entre estas compañías aseguradoras que sí incorporan el padecimiento como riesgo cubierto, la mayoría de ellas lo incluyen entre sus planes de seguros más costosos.

Por cuanto se refiere a los seguros de vida, el tratamiento contractual es todavía más restrictivo. Aquí cabe aclarar que el período de espera, referido anteriormente se mantiene. Esto implica que si la persona que vive con el virus de la inmunodeficiencia humana muere antes de transcurrido el referido período de espera, sus familiares o beneficiarios podrán enfrentarse a la negativa de la institución a entregar el importe del monto asegurado.

El 11 de septiembre de 2008 la CNDH emitió la Recomendación 45/2008, dirigida al Secretario de Marina por dar de baja del servicio activo a dos miembros de esta institución al detectarles el VIH. La SEMAR no aceptó la recomendación. El 23 de septiembre del mismo año se emitió la Recomendación 49/2008, dirigida al Secretario de la Defensa Nacional, por la misma causa. El 12 de octubre de 2008 la SEDENA aceptó la recomendación.

Por su parte la Conferencia del Episcopado Mexicano (2008) a través de la Comisión Episcopal para la Pastoral Social emitió un documento denominado “esperanza de vihda” en él se reconoce explícitamente la existencia de la discriminación de los infectados por VIH/SIDA. Sobre estigma y discriminación se habla expresamente en el párrafo 13:

“El estigma y la discriminación son realidades aún presentes en nuestra sociedad y en nuestras comunidades de fe, que obligan a vivir en la clandestinidad y el silencio a las y los afectados por este problema. Así hacemos del VIH la “lepra del nuevo milenio”.

En este documento se comenta como la discriminación de las personas con VIH es la principal fuente de otras violaciones a los derechos humanos y sobre como el estigma que produce vivir con VIH las vuelve vulnerables por el rechazo social que les ocasiona.

Finalmente, en este documento, los obispos se comprometen a no cerrar las puertas de centros de oración, alberges, escuelas, iglesias, etc., a personas afectadas por el VIH y a integrar en los contenidos de la evangelización y catequesis una educación sexual integral que forme a los niños, adolescentes y jóvenes católicos en una comprensión del cuerpo y de la sexualidad.

Un poco después CONAPRED (2010) llevó a cabo la “Encuesta Nacional sobre Discriminación en México”. De acuerdo a las respuestas dadas el grupo de infectados por VIH/SIDA es discriminado, en un tercer lugar, con un 35.9 %, luego del grupo de lesbianas, con un 44.1 % y de los homosexuales con un 43.7 %.

Por su parte la Comisión Nacional de Derechos Humanos (2011) informa que ha recibido 72 quejas relacionadas con violaciones de los derechos humanos de miembros de las Fuerzas Armadas. En 45 de éstas se señala como autoridad presunta responsable a la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y en 27 a la Secretaría de Marina (SEMAR). Las entidades donde ocurrieron más hechos violatorios fueron el Distrito Federal, con 41 quejas; Sonora, Chiapas y Oaxaca, con cuatro quejas, y el Estado de México y Campeche, con tres quejas.

Los principales motivos de queja fueron la rescisión de la relación laboral y la negativa de atención médica debido a la condición de seropositivo o enfermo del SIDA, además trato ofensivo y discriminación. Otros motivos de queja fueron la revelación indebida de la condición de salud, la negligencia médica y la falta de notificación del estado de salud. Todos estos motivos de queja constituyen, sin duda, expresiones claras de la manera en que la discriminación por el VIH se manifiesta en las Fuerzas Armadas.

La misma CNDH (2011) afirma que los pueblos indios de nuestro continente, en la práctica, han sido ignorados en el contexto de la epidemia. En México, el problema de dicha invisibilidad tiene que ver con varios factores: 1) la creencia sobre que todos/todas los/las indígenas son heterosexuales y la permanente vinculación del virus con homosexualidad, por ende, si no hay homosexualidad entre este sector de la población luego entonces no hay riesgo de VIH/SIDA, 2) muchos investigadores creen que al desarrollar pesquisas y programas para la población rural se está tomado en cuenta a los pueblos indios, pero esto no es así porque se ignora su especificidad sociocultural en un país marcado por la discriminación y el racismo.

Por su parte, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indios, CDI, en el 2009, conjuntamente con el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, realizó una consulta nacional a los pueblos indígenas en seis estados fronterizos de nuestro país: Quintana Roo, Tabasco, Chiapas, Chihuahua, Sonora y Nuevo León, con el fin de conocer el grado de información y conocimientos sobre el VIH/SIDA, e identificar las necesidades de prevención, detección y tratamiento.

Esta consulta nacional a los pueblos indígenas muestra que existen evidentes manifestaciones de estigma y discriminación en varios aspectos: 52% de los entrevistados consideran que las personas que viven con VIH/SIDA no tienen derecho a procrear hijos; 43 % que no tiene derecho tener relaciones sexuales; 33 % asocia al virus con el trabajo sexual y las relaciones homoeróticas, 50%

relaciona el uso de condones con la promiscuidad y 20% señaló que los portadores del virus son expulsados de sus comunidades

La Secretaría de Gobernación, en el 2012, realizó la 5ª Encuesta Nacional sobre Cultura Política y Prácticas Ciudadanas (ENCUP 2012), en la que se puede observar que la población del estudio la constituyeron los adultos, hombres y mujeres de 18 años en adelante que residen en viviendas ubicadas dentro del territorio nacional. El tamaño de la muestra calculado para generar estimaciones a nivel nacional fue de tres mil setecientos cincuenta individuos. Entre otros elementos se abordó el tema de la “Discriminación en México” con el siguiente reactivo: “Imaginemos que usted va a rentar un cuarto en su casa, ¿usted aceptaría o no que viviera en su casa? Una persona con...”, la respuesta marcó en primer lugar la discriminación de los adictos (68.91 %), y en segundo lugar a los infectados por SIDA (38.77 %).

Si comparamos las encuestas ENCUP 2005, ENCUP 2008 y ENCUP 2012 podremos observar que en lo referente al grupo de discriminados por estar infectados de VIH/SIDA según la encuesta de 2012, disminuyó en un 7.23 % con respecto a la 4ª encuesta de 2008, y se incrementó un 17.77 % en relación a la 3ª encuesta de 2005. El grupo de discriminados adictos ocupa el primer lugar en las tres encuestas; y el grupo de los infectados con SIDA el segundo, lo contrastamos con el de los homosexuales ya que existe la creencia generalizada de que los infectados con SIDA lo han sido por ser homosexuales. Los datos se muestran a continuación:

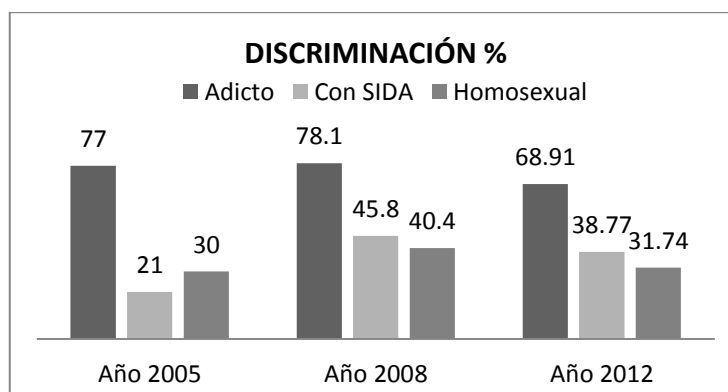


Figura 12. Discriminación de adictos, con SIDA y homosexuales de acuerdo a las encuestas ENCUP 2005, 2008 y 2012. Secretaría de Gobernación

El mismo CONAPRED, en su documento “El Reporte sobre la Discriminación en México 2012”, refiere que la discriminación en el mundo laboral, es evidente, ya que contra los que padecen VIH/SIDA o simplemente se sospecha que la padecen, se manifiesta en las pruebas forzosas de infección, se les despiden injustificadamente o bien se les hace descender en puestos, bajo la justificación que se requiere más experiencia y, sobre todo, que no haya contacto con el exterior de la empresa y la negación de prestaciones (seguro médico, reducción salarial, etcétera).

En el mundo laboral, esta discriminación puede provenir tanto de los colegas, clientes y proveedores de servicios, como de los empleadores. El temor, la ignorancia y los prejuicios que rodean a la enfermedad, la falta de información sobre su prevención y la manera en que se transmite el virus constituyen la esencia de la discriminación en el trabajo. La preocupación por los eventuales costos de contratar a un trabajador seropositivo, tanto por la pérdida de productividad como por el aumento del costo de la mano de obra, también tiene un papel importante. En este caso, la eliminación de la discriminación y la segregación sólo puede realizarse por medio de la educación y la información.

José Manuel Méndez Tapia (2012, en CONAPRED. 2012) autor del libro “Cuerpos trazando caminos de resistencia” analiza el estigma y la discriminación como factores que afecten el tratamiento médico y el estado de salud de los hombres homosexuales con VIH/SIDA, concluye que mediante estrategias como la ampliación del conocimiento sobre la pandemia, la asunción de un ejercicio libre de la sexualidad, la comunicación con pares y la creación de colectivos de ayuda pueden revertir su impacto negativo. Méndez Tapia señala que el estigma y la discriminación son producciones sociales de la diferencia en las que se priva a los miembros de un grupo de las oportunidades que disponen otros.

En el 2012 el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación publicó una serie de ensayos titulado “Miradas a la Discriminación”, en uno de ellos denominado “La Lucha en México contra la discriminación de las personas con VIH/SIDA” el Dr. Julio Frenk escribe:

“La estrategia nacional de combate al VIH/SIDA contempló también un ataque frontal a la discriminación y la estigmatización. En mi administración siempre se tuvo claro que una estrategia integral contra el VIH/SIDA debía sustentarse en tres pilares:

- 1) la prevención,
- 2) el acceso universal al tratamiento, y
- 3) la lucha contra la discriminación y el estigma.”

Estos tres pilares, continúa diciendo el Dr. Frenk, se refuerzan mutuamente, sin la lucha contra la estigmatización y la discriminación, ni la prevención ni el tratamiento serían eficaces. Nadie se hace la prueba de VIH/SIDA si sabe que un resultado positivo va a provocar que lo corran de su trabajo o lo expulsen de la escuela. Nadie quiere ir a recibir tratamiento si se acompaña de estigma y discriminación.

El Dr. Frenk, afirma que la lucha contra la discriminación y el estigma es una parte fundamental de la estrategia contra el VIH/SIDA, y que la discriminación es éticamente reprobable. Además, enfatiza, la lucha contra la discriminación es fundamental para garantizar la eficacia de toda la estrategia, porque en su ausencia, los otros dos componentes, la prevención y el tratamiento universal, simplemente no funcionarían.

En este ensayo termina el Dr. Frenk diciendo que la epidemia de la ignorancia conduce a la estigmatización y la discriminación, y que esta epidemia conduce a la estigmatización y la discriminación. La respuesta, por fortuna, ha sido firme.

Por otra parte CONAPRED (2012), da a conocer el número de quejas y reclamaciones sobre discriminación en el ámbito laboral por tener VIH donde se presentan 4 casos de quejas y reclamaciones en 2008, 8 en 2009, 26 en 2010, 22 en 2011 y 16 en 2012.

A nivel local la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF. 2009), en su boletín 308/2009, el Ombudsman capitalino, Luis González Plasencia alerta sobre el aumento de la discriminación y la intolerancia hacia las personas que viven con VIH/SIDA, añade que lo anterior vulnera los derechos más fundamentales de estas personas infectadas, y se pronunció por crear conciencia entre la ciudadanía sobre esta enfermedad.

El mismo Ombudsman capitalino, Luis González Plasencia, en una entrevista con motivo de la presentación del Programa VIH/Sida y Derechos Humanos en la instalación del Módulo de Atención Francisco Galván Díaz, en la Clínica Especializada Condesa afirmó:

“...queremos también que el Módulo nos sirva para identificar otro tipo de violaciones de derechos humanos, no sólo las que están relacionadas con el tema de salud, sino las que tienen que ver con discriminación, particularmente con el entorno laboral. Aunque no tenemos competencia en el ámbito laboral, sí la tenemos cuando hay discriminación;...y por supuesto, si tiene que ver con el tema de VIH/Sida. (CDHDF. 2009)

De 2005 al 2009, la CDHDF, recibió un total de 161 quejas probablemente violatorias por afectaciones a personas portadoras de VIH/SIDA, 32 en el primer año, 23 en 2006, 38 en 2007, 28 en 2008 y 40 en 2009.

En esos cinco años, los derechos humanos presuntamente vulnerados fueron los Derechos de las personas privadas de su libertad, con 98 menciones; el Derecho a la salud, con 72; el Derecho a la igualdad ante la ley, con 19 y el Derecho a la seguridad jurídica, con 15. En 9 casos se ubicó la probable violación al Derecho a la integridad personal; en 8 ocasiones el Derecho a la libertad y seguridad personales, y en 7 el Derecho a la honra y la dignidad. El Derecho a la protección de las personas con discapacidad se denunció en 2 ocasiones.

Las autoridades señaladas como probables responsables de los agravios a los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA fueron, de 2005 a 2009, la Secretaría de Salud, en 92 casos; la Secretaría de Gobierno, en 53; la PGJDF, en 16; la SSP, 8; las Delegaciones, en 5 casos; la Secretaría de Desarrollo Social, en 4; el Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal (TSJDF), en 3; la Consejería Jurídica y de Servicios Legales, en 2; y la Jefatura de Gobierno en un caso.

Y de enero a octubre de 2010 la CDHDF recibió 56 quejas por probable violación de los derechos humanos de personas que refirieron vivir con VIH/SIDA. Los casos discriminatorios se relacionan a probables agravios a personas que refieren vivir con VIH/SIDA. De acuerdo con la calificación de la Dirección General de Quejas y Orientación de la CDHDF, los derechos presuntamente vulnerados en 39 casos fueron el Derecho a la salud, el Derecho de igualdad ante la ley y no discriminación (16), los Derechos de las personas privadas de su libertad (13) y el Derecho a la honra y a la dignidad (10). Enseguida, el Derecho a la seguridad jurídica y los Derechos de la víctima o persona ofendida, en 6 ocasiones cada uno; el Derecho a la integridad personal, en 5 y los Derechos sexuales y reproductivos, en dos.

En la violación de estos derechos las autoridades mencionadas como probables responsables se encuentran la Secretaría de Salud, en 40 ocasiones; la Secretaría de Gobierno, en 15; la Secretaría de Seguridad Pública (SSP) y la Procuraduría General de Justicia (PGJDF), cada una en dos ocasiones; la Secretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda (SEDUVI) y una Delegación, en un caso cada una.

Es una realidad la discriminación de los infectados por VIH/SIDA lo demuestra la investigación de Daniel Hernández y Rosete Martínez (2008). Los autores analizan la violencia sexual y la discriminación como detonantes de un fenómeno migratorio emergente entre grupos de población homosexual. Es un estudio de tipo fenomenológico en el que se exploran los universos de sentido y significado por medio de historias de vida de migrantes transgénero y transexuales que viven con VIH en San Diego.

Se recopilaron en total los relatos de nueve personas. Las personas entrevistadas dijeron tener como principales motivos migratorios la estigmatización como infectados por VIH/SIDA en México. Los testimonios revelan que la discriminación más compleja es aquella que experimentan a través del personal médico y puede conducirles a situaciones de deterioro de su salud física y mental, e incluso la muerte.

La discriminación de las personas entrevistadas es atribuible a tres estigmas: son migrantes, son transgénero y viven con VIH/SIDA. La muerte social derivada de estos estigmas ha afectado notablemente su calidad de vida porque, mientras en Estados Unidos han sido excluidos laboralmente, en México fueron vulnerados en el plano judicial y en el derecho a la salud. Este proceso discriminatorio sugiere la persistencia de obstáculos morales que impiden la discusión sobre atención y prevención de VIH/SIDA desde una base ética que permita el diseño de campañas preventivas que reconozcan la diversidad sexual y los derechos a la no discriminación.

Por su parte José Moral y María Petra Segovia, (2011) de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México, realizaron un estudio sobre la discriminación en mujeres que viven con VIH. En este estudio los autores afirman que con demasiada frecuencia, las personas con VIH/SIDA son condenadas al ostracismo por sus familias y comunidades, expulsadas de sus casas, rechazadas por sus cónyuges y a veces sufren violencia física e incluso homicidio. El miedo a la discriminación hace que las personas eviten las pruebas de detección e induce a las que están infectadas por el VIH/SIDA a permanecer silentes y privarse de un tratamiento. Así la discriminación hace que las personas infectadas nieguen su condición, reduciendo las probabilidades de que busquen tratamiento.

En la Universidad Pública de Yucatán (Vera-Gamboa, 2006) se llevó a cabo un estudio descriptivo exploratorio sobre conocimientos y percepción de riesgo relativa al SIDA en estudiantes de bachillerato. La muestra fue calculada en función del total de estudiantes matriculados (3,722) en el ciclo escolar 2003-2004, una prevalencia de infección de VIH en jóvenes de 8% y un nivel de confianza del 95%, quedando conformada por 210 estudiantes, los cuales fueron seleccionados por sistema de tómbola. A todos ellos se les aplicó un cuestionario sobre conocimientos y actitudes ante el Sida validado por Castro-Sansores y col.

El total de los encuestados (210) manifestó saber cómo se transmite el SIDA. Y en relación a sus actitudes frente al SIDA el 99 % manifestó que sí se debía enseñar lo referente al Sida en las escuelas; el 95.2 % se debe permitir que un estudiante con VIH/Sida asista a clases, el 83.8 % no les molestaría estar en la misma clase que un estudiante con VIH/Sida y que las personas infectadas por el VIH no deben ser consideradas culpables de haberse infectado. De acuerdo a los datos anteriores se puede observar que la mayoría de los adolescentes encuestados manifestaron actitudes favorables para las personas infectadas por VIH.

La discriminación de los infectados de VIH/SIDA también es noticia en los periódicos nacionales. En el periódico Milenio Tampico la Presidenta de la Asociación Civil, Tamaulipas Vida Trans, Ana Karen denunció que detectó al menos una docena de casos de violación de derechos humanos no denunciados ante las instancias pertinentes debido al temor a ser discriminados de manera oficial. (CONAPRED, 2012.)

Afirma que “A trabajadores los obligan a hacerse la prueba, una prueba que no es obligatoria, que tenga VIH no significa que esté imposibilitado. El año pasado tuvimos el caso de 10 que fueron desocupadas de sus empleos, fueron a CONAPRED, no se dio seguimiento y al último la empresa ganó. Se necesita que la empresa se sensibilice”.

Ana Karen afirma que en la mayoría de los casos, se viola el derecho de confidencialidad por ser portador de VIH, y a las trabajadoras se les quita el trabajo, cuando pueden seguirlo ejerciendo, además de la estigmatización y las prohibiciones, que generan, que los portadores eviten acudir ante las autoridades.

Orlando Gutiérrez Rosas (La Jornada, 2008), dirigente de la agrupación Unidos por Ti, refiere que en los centros médicos gratuitos de Matamoros las autoridades y los trabajadores discriminan a los pacientes infectados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

En el Hospital Pumarejo, recordó, a los pacientes se les colocaba en la cabecera la leyenda "enfermo de sida". Recordó que en esta frontera hay unos mil pacientes portadores de VIH. En las clínicas particulares hay mayor respeto por los contagiados, pero sus altos costos impiden que la mayoría de los enfermos de bajos recursos, tenga acceso a estos servicios.

Gerardo Herrera Pérez, (La Jornada, 2010) presidente del Grupo de Facto Diversidad Sexual en Michoacán (GFDSM), afirma que la discriminación para el grupo de personas infectadas por VIH/SIDA se da de manera generalizada, se estigmatiza a quien padece la enfermedad, luego se le discrimina y, a su vez, se violentan sus derechos humanos, por lo que urge se establezcan políticas públicas afines a la protección de estos grupos, añadió, se presenta una situación de discriminación específica a grupos de preferencias sexuales distintas a las heterosexuales, ya que son señalados como los principales causantes de la expansión de este virus.

La discriminación de los infectados por VIH/SIDA se presenta también a nivel internacional, sólo se relacionarán unos cuantos ejemplos.

Los EE.UU siguen siendo uno de los trece países en el mundo que prohíben entrar al país, inclusive una estadía corta, a personas que son VIH positivas. Los otros 12 países son Irak, China, Arabia Saudita, Libia, Sudan, Qatar, Brunei, Oman, Moldovia, Rusia, Armenia y Korea del Sur. Esta política viola los derechos humanos de los inmigrantes y los viajeros y contribuye al estigma y la discriminación. (The Body, 2008)

Desde 1987, la política de los EE.UU. ha prohibido a las personas VIH positivas no ciudadanas de ingresar al país y ha impedido de que aquellos ya viviendo en este país obtengan la mayoría de posibilidades de estatus legal. El lenguaje usado en el Acta de Inmigración y Nacionalidad incluye "infección con el agente etiológico para el síndrome de inmunodeficiencia adquirida" como motivo de inadmisibilidad. Etiología se refiere a la causa de la enfermedad, en este caso el VIH.

En Argentina la "Red de Personas viviendo con VIH/SIDA de Mar de Plata" (2011) realizó una investigación acerca de la discriminación de que son objeto las

personas seropositivas. Se entrevistó a infectados por este virus de diferentes edades, sexualidades, niveles educativos, condiciones socioeconómicas y lugares de residencia en la República Argentina. El tamaño de la muestra fue de 1.200 casos efectivos distribuidos según localidades de residencia.

Los resultados de la experiencia de estigma y discriminación a manos de otras personas en los últimos doce meses son los siguientes: el 57% ha sido discriminado con cierta frecuencia, mediante la murmuración de otras personas sobre las personas que viven con VIH; el 79 % opina que las experiencias de discriminación son consecuencia de la falta de comprensión de la gente sobre cómo se transmite el VIH y temor a la infección; el 43 % ha perdido su trabajo o fuente de ingreso por estar infectado de VIH debido a discriminación del empleador o compañeros de trabajo; el 15 % se le negó un empleo o una oportunidad de trabajo debido a su condición de VIH en los últimos doce meses; el 17 % se le rechazó, se le expulsó o no se le permitió asistir a clases debido a su infección; el 14 % se le negó atención médica en general o dental en particular y el 18 % al menos una vez se le cambió la naturaleza de su trabajo o se le negó un ascenso laboral como consecuencia de su condición VIH.

Por su parte la “Red Bonarense de Personas viviendo con VIH/SIDA” (ONUSIDA.2011) realizó una encuesta de noviembre 2010 a febrero de 2011 a 158 personas viviendo con VIH que residen en la Provincia de Buenos Aires, mayores de 18 años.

Respecto a los motivos de pérdida del último empleo un 15.2% señala que el motivo principal fue su condición de vivir con VIH, el 36.7% dejó de buscar empleo por un período de tiempo luego de conocer su diagnóstico de infección por VIH. De esto se desprende que es en el momento clave de vinculación con el mundo laboral donde ocurre el diagnóstico de infección por VIH y donde el miedo al estigma y la discriminación hacen desistir de la búsqueda laboral.

Por último: 62% considera que de conocer su empleador el diagnóstico perdería su empleo, y 57% considera que sufriría situaciones de discriminación de sus compañeros de trabajo al conocer el diagnóstico de su infección.

Estos altos porcentajes representan el miedo al estigma y la discriminación, lo que conduce al silencio, depresión, falta de autoestima, desesperación y reproducción de relaciones de poder y control.

En Ecuador la *Coalición ecuatoriana de personas que viven con VIH/SIDA* (2010) realizó el Estudio sobre estigma y discriminación en personas que viven con VIH. Los resultados nos indican que las principales causas para que se produzca el estigma y la discriminación hacia las PVV son: desconocimiento y falta de educación sobre VIH/SIDA, mitos sobre las formas de transmisión del VIH, falta de atención integral, tratamientos ARV y de una cura para el SIDA, Informaciones

distorsionadas de los medios de comunicación sobre la epidemia y tabúes en torno a la sexualidad humana.

Las formas en que se desarrolla el estigma y la discriminación con relación al VIH/SIDA son:

En el sector salud: objeción y rechazo a atender a las personas que tienen VIH, retención del tratamiento, retraso o negación de otras formas de atención (alimentos, higiene), falta de atención a los usuarios hospitalizados, pruebas realizadas sin el consentimiento del usuario y violación de la confidencialidad

En la familia y comunidad: rechazo a PVV por los familiares o personas de la comunidad, violación a la confidencialidad, juzgamiento a la conducta o forma de ser de la persona y aislamiento y abandono

En el sector laboral: pedir la prueba de VIH para ingresar o permanecer en un trabajo, realización de exámenes sin el consentimiento del trabajador, despido a causa de su condición de salud, violación de la confidencialidad y aislamiento laboral

En el sector educativo: pedir la prueba de VIH para ingresar, permanecer o egresar de un centro educativo, realización de exámenes sin el consentimiento del estudiante, violación de la confidencialidad, rechazo y críticas por los compañeros, profesores o personal administrativo y otro factor que fomenta la discriminación es el uso de un lenguaje inapropiado e inexacto, así como imágenes negativas que refuerzan un imaginario catastrófico y tergiversado de lo que es el VIH/SIDA.

En el índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH, el 36% del total de encuestados respondieron que en unas cuantas veces se han dado cuenta que algunas personas han murmurado sobre él/ella; el 68,3% dijo que ha sido insultado, acosado o amenazado verbalmente; 2 de cada 10 han experimentado discriminación por parte de su esposo/a o pareja y miembros de su grupo familiar debido a su condición de tener VIH; de los que perdieron su empleo o fuente de ingreso, el 41% manifestó que fue debido a su condición de vivir con VIH; a una de cada 10 personas, en el último año, se le ha negado un empleo o una oportunidad laboral por su condición de vivir con VIH; una de cada 2 personas entrevistadas decidió no solicitar empleo debido a su condición de vivir con VIH; el 12% de las personas entrevistadas han sido rechazadas, expulsadas o se les ha impedido asistir a alguna institución educativa por su condición de vivir con VIH; y 2 de cada 10 abandonó la educación por esa razón.

A la luz de los resultados del Índice de estigma y discriminación a personas que viven con VIH en el Ecuador se puede afirmar que a pesar de existir un marco legal nacional e internacional que protege los derechos de las personas que viven con VIH y garantizan la no estigmatización y discriminación por ningún motivo,

esto no se cumple en su totalidad, lo que provoca la violación a los derechos de las personas que viven con VIH, a través de negación o falta de oportunidades de acceso servicios u oportunidades de salud, trabajo y educación.

Entre las principales causas de esto se evidencia la falta de información y educación sobre el VIH/SIDA, sobre todo en prevención y formas de transmisión del VIH, lo que ocasiona discriminación; y, por otro lado, el desconocimiento sobre el marco legal y los mecanismos de exigibilidad que el mismo contempla, tanto de las personas afectadas por el virus, como de la sociedad en general.

En Venezuela (Acta Odontológica Venezolana 2012) se realizó un estudio en el que participaron 48 de los 50 odontólogos que laboran en servicio público del Municipio Iribarren, Venezuela, (96% de respuesta).

Con respecto a la actitud de los odontólogos encuestados, 75% reportan una actitud desfavorable hacia la existencia de consultas especiales para la atención de personas portadoras VIH/SIDA. Aproximadamente 46% de los participantes reportan atender en sus consultas personas aunque se hayan identificado como portador VIH/SIDA, 67% considera que debería ser reglamentado en los servicios odontológicos públicos y privados la prueba de VIH.

Se consideró importante analizar por separado el nivel de conocimiento por aspecto investigado, debido a que aproximadamente 65% de los participantes respondió falso al preguntar sobre riesgo de morir por VHB comparado con el riesgo de morir por VIH/SIDA. El 85,8% de los odontólogos encuestados respondió que los enfermos con SIDA deben ser aislados.

Sobre la base de los resultados obtenidos en la presente investigación se concluye que a pesar de que un alto porcentaje de los participantes reportó atender en su consultorio portadores de VIH/SIDA, más de la mitad reporta que debería ser reglamentado en los servicios públicos y privados solicitar al paciente la prueba de VIH, por lo que se concluye que existe una actitud negativa a tratar personas con VIH/SIDA en el consultorio dental.

En África, lugar donde se presenta la mayor prevalencia de infectados de VIH, en noviembre de 2001, un grupo de dirigentes de iglesias africanos se reunieron en Nairobi para elaborar un plan ecuménico de acción a fin de aportar una respuesta a la epidemia del VIH/SIDA. Su conclusión fue la siguiente: "Para las iglesias, la contribución más pujante que podemos hacer en la lucha contra la transmisión del VIH es erradicar todas las formas de estigmatización y discriminación." (Paterson. 2002)

Estos dirigentes de iglesias africanos afirman que el estigma y la discriminación que socavan la prevención del VIH se encuentran mucho más cerca de la iglesia, operan a nivel de la comunidad humana, de la cultura local, y de la manera en que, en su vida diaria, la iglesia de adoración, oración y creyentes se relaciona

con las fuerzas de la vida y de la muerte; al negar la verdad, las instituciones eclesiolásticas han favorecido, demasiado a menudo, las fuerzas de la muerte que existen en nuestras culturas; y al reforzar el silencio y la negación, con frecuencia, no logran tomar partido por las fuerzas de la vida.

Muchas iglesias han recibido el tema del VIH/SIDA con fulminantes denuncias morales, castigando y excluyendo a aquellos que se sabe que viven con el SIDA y a sus familias. Has pecado, dicen los dirigentes, mereces morir. Cuando la Iglesia adopta esta actitud, es más bien parte del problema que de la solución. En realidad, está diciendo: "Vete, eres un lastre. Aquí no hay descanso para ti."

Continúan afirmando los dirigentes religiosos que aquí la que habla es la iglesia moralista, dogmática y crítica, es la iglesia que, profundamente traumatizada por los problemas prácticos, finge no ver que el VIH está presente en su propio cuerpo, erigiendo paredes de silencio y negación en torno al problema del SIDA y de las enfermedades transmisibles sexualmente.

Y una de sus conclusiones es "Si el silencio y la negación contribuyen al estigma, entonces nuestros esfuerzos para combatirlo deben, sin duda alguna, incluir la búsqueda de formas de hablar sobre el sexo y la sexualidad, el sufrimiento y la enfermedad".

En China la discriminación social sigue haciendo blanco en los pacientes infectados por VIH/SIDA. (IPS. 2011) "Es común que se discrimine a los pacientes con sida", dijo a IPS por correo electrónico uno de los activistas más conocidos de China, Wan Yanhai, quien el año pasado se fue a vivir a Estados Unidos.

Pacientes con SIDA que suelen necesitar cirugía por alguna otra causa suelen ser rechazados y enviados a hospitales especializados en VIH/SIDA, pero que no siempre tienen quirófanos adecuados, informó este mes la agencia de noticias Xinhua. La falta de información adecuada fomenta la estigmatización, se lamentó Wan.

Existen muchos datos referidos tanto en documentos oficiales como en noticias periodísticas sobre el hecho de la discriminación a consecuencia de estar infectado por VIH/SIDA, únicamente se han seleccionado algunos que se consideran representativos para confirmar que los infectados de VIH/SIDA son discriminados con motivo de su infección.

CAPÍTULO 4

LAS NORMAS POLÍTICO-JURÍDICAS REFERENTES A LA DISCRIMINACIÓN Y AL VIH/SIDA

El presente capítulo abordará “Las normas político-jurídicas referentes a la discriminación por considerar “que quien no conoce sus derechos no puede reclamarlos”. Para lo cual no sólo se enuncian sino que se intenta conocer su marco jurídico, para esto es muy útil la obra: *Derecho a la no discriminación*, editado por el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM en 2006, donde se aportan diversos conceptos en que se basan estas normas como es la idea teórica de la no discriminación, la dignidad humana y cómo estas ideas se ven reflejadas en los documentos jurídicos tanto internacionales como constitucionales.

En cuanto a las normas político-jurídicas referentes a la no discriminación de los afectados por VIH/SIDA se consultan los documentos emitidos por la CDHDF, CONAPRED y CONASIDA, los Poderes de la Unión de los Estados Unidos Mexicanos. Esto sin dejar de lado y en primer lugar lo que determine la Constitución Mexicana.

PRIMERA PARTE

En esta primera parte inicialmente se conocerá el marco jurídico contra la discriminación en general y después el marco jurídico contra la discriminación de los infectados de VIH/SIDA.

El Diccionario de la Lengua Española, publicado por la Real Academia Española de la Lengua, ofrece dos definiciones del verbo discriminar. (Real Academia de la Lengua, 2001).

“(Del lat. *discrimināre*).

1. tr. Seleccionar excluyendo.

2. tr. Dar trato de inferioridad a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, políticos, etc.”

Según Torre (2006) en la primera acepción de esta definición de diccionario, el verbo discriminar no contiene ningún sentido negativo o despectivo; es equivalente solamente a separar, distinguir o escoger. En este primer sentido, alguien discrimina cuando distingue una cosa de otra, sin que ello implique una conducta de exclusión o rechazo. Así, podemos discriminar objetos por tamaños, colores o formas, sin que esto implique que consideremos que algunos entre ellos son superiores o inferiores y sin que se trasluzca desprecio hacia el objeto por parte del sujeto que ejerce la acción de discriminar.

Continúa el autor diciendo que el segundo sentido denota un componente social y político cuando vemos aparecer en ella la referencia a una “relación entre personas”, y de manera más precisa, una “relación asimétrica entre personas”, según esta segunda acepción la discriminación implica “un trato de inferioridad y

una diferenciación por motivos como la raza o la religión”. Esta segunda acepción posee un sentido axiológico negativo, pues la diferenciación a la que aquí se alude supone un elemento pretendidamente superior y uno pretendidamente inferior sobre la base de algún rasgo del segundo elemento de la relación que no es bien visto o aceptado por el otro. La discriminación, en un sentido estricto, lo es sólo porque se manifiesta como una restricción o anulación de derechos fundamentales o libertades básicas.

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se consagra el mandato de no discriminación en el párrafo primero y último del Artículo 1º, así la no discriminación se formula como la primera de las garantías individuales:

“Artículo 1o. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

.....
 Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”. (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. 2012.)

Para Torre (2006), del enunciado del Artículo 1º de nuestra Constitución Política se puede concluir que la no discriminación es el derecho de toda persona a ser tratada de manera homogénea, sin exclusión, distinción o restricción arbitraria, de tal modo que se le haga posible el aprovechamiento de sus derechos y libertades fundamentales y el libre acceso a las oportunidades socialmente disponibles, siempre y cuando un tratamiento preferencial temporal hacia ella o hacia su grupo de adscripción no sea necesario para reponer o compensar el daño histórico y la situación de debilidad y vulnerabilidad actuales causados por prácticas discriminatorias previas contra su grupo.

En concordancia, en el artículo 7o. de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), de 1948, puede leerse que

“Todos [los seres humanos] son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación”. (Naciones Unidas. 1948).

No ser discriminado, según la DUDH, equivale a tener acceso a todos los derechos y libertades (civiles, políticos y sociales) estipulados por la propia Declaración. En este sentido, la discriminación puede interpretarse como una limitación injusta de las libertades y protecciones fundamentales de las personas,

de su derecho a la participación social y política y de su acceso a un sistema de bienestar adecuado a sus necesidades. De esta manera, el derecho a la no discriminación se presenta como una suerte de “derecho a tener derechos”.

De una manera similar, en la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial de la ONU, se puede leer que: La expresión

“discriminación racial” denotará toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública.” (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. 1969).

Para Torre (2006), en el concepto de la no discriminación lo que significa “proteger” debe interpretarse como una serie de medidas legales para “tratar a todos de la misma manera”, independientemente de sus atributos o características como el sexo, la edad, la raza o etnia, la discapacidad, etcétera. El derecho a la no discriminación puede entenderse como un derecho civil o subjetivo de nuevo cuño, pero no como un derecho laboral, económico, educativo, sanitario, reproductivo o sexual.

El concepto de la no discriminación se extiende al reconocimiento de que la discriminación subsiste aún en ausencia de barreras o prohibiciones explícitas, lo que apoya los esfuerzos por desterrar las prácticas no explícitas de discriminación como las que constituyen la discriminación indirecta.

Torre (2006) afirma que Se llama “discriminación indirecta” a las exclusiones no explícitas de los integrantes de determinados grupos mediante la imposición de requisitos “generales” que sólo unos cuantos pueden cumplir. Por ejemplo, el solicitar “buena apariencia” para ciertos empleos, cuando la idea de belleza socialmente dominada es sólo la de un determinado grupo étnico u otorgar formalmente el derecho a estudiar a personas con discapacidad pero mantener las instalaciones educativas sin accesibilidad eficiente. También se ha denominado “discriminación estructural” a este mecanismo de exclusión.

La no discriminación implica la noción de igualdad, bajo el concepto de igualdad existen dos maneras distintas de formular los derechos de no discriminación: a) la primera forma de igualdad es el derecho a un “tratamiento igual”, que consiste en el derecho a una distribución igual de alguna oportunidad, recurso o carga. En este sentido, la no discriminación es igualitaria porque obliga a no establecer diferencias de trato arbitrarias basadas en el prejuicio y el estigma. Es lo que se puede denominar “igualdad de trato”, b) la segunda forma de igualdad presente en la no discriminación consiste en el “derecho a ser tratado como un igual”, que

es el derecho, no a recibir la misma distribución de alguna carga o beneficio, sino a ser tratado con el mismo respeto y atención que cualquiera otro (Torre, 2006).

La dignidad de la persona es el fundamento del derecho a no ser discriminado injustamente. El tema de la dignidad de la persona es un asunto obligado cuando se trata de derechos humanos, particularmente de la no discriminación de las personas.

En la Edad Media la dignidad se refería, en primer lugar, a Dios, y sólo por derivación podía referirse al hombre. En el *Discurso sobre la dignidad humana* pronunciado por Pico de la Mirandolla (1486, cit. por Torre, 2006), quien pone en boca de Dios la grandeza del hombre para que de acuerdo a su libertad pueda él mismo ser su propio artífice, o autoconstructor. De acuerdo a lo anterior la idea de Dios como absoluto se reflejaba en la dignidad de todo ser humano, cualquiera que fuese su condición, de este modo, y sólo por derivación, la dignidad divina se predicaba¹¹ también del género humano como una participación de ésta. Esta misma idea se confirma en el pensamiento tomista: la dignidad del hombre, como receptor de la imagen de Dios, “se eleva al máximo, porque aproxima al hombre a la vida del conocimiento y amor interpersonal e infinito de Dios en su Unidad y Trinidad” (Tomas de Aquino. Cit. por Torre, 2006)

Por su parte Kant acepta como postulado inicial el reconocimiento de la dignidad de la persona como una instancia ontológica, y en consecuencia objetiva, indisponible. Es la persona y la dignidad de ésta como absoluto, lo que ordena y da fundamento a todo el orden moral y jurídico.

El texto original de la Constitución Mexicana de 1917, no contenía ninguna referencia expresa a la dignidad de la persona. No al menos como se encuentra en el tercer párrafo del artículo 1º de nuestra constitución en su redacción actual:

“Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”. (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2012.)

La ubicación de la expresión “dignidad humana” en la parte dogmática de nuestra constitución, en su artículo primero, donde son reconocidas a todas las personas las garantías individuales y los derechos que protege el ordenamiento jurídico mexicano, nos dejan ver varias cosas importantes:

a) para el constituyente permanente era necesario que tal concepto estuviera en la parte más alta o suprema de nuestro ordenamiento jurídico, reconociendo

¹¹ En la lógica aristotélica, la proposición se divide en dos términos esenciales, el sujeto, o sea de lo que se afirma o niega algo; y predicado, que es precisamente lo que se afirma o niega del sujeto. (Abbagnano. 1985:943)

con este hecho la importancia de los principios y derechos que allí se encuentran, y que informan al resto de todo el ordenamiento,

b) el contenido de dichos derechos y tales garantías, son reconocidos para “todo individuo”, para “toda persona”, asumiendo nuestro texto constitucional, la “igualdad de todos” en la titularidad de tales derechos humanos y en ejercicio de tales garantías,

c) la dignidad de la persona fundamenta la obligatoriedad de respeto de los derechos humanos y no el contenido material de ellos,

d) la referencia a la dignidad de la persona en la Constitución mexicana debe ser la guía orientadora que ha de servir al menos en tres actividades básicas en cualquier Estado de Derecho: orientadora para la producción de las normas, por parte del poder legislativo; también para su posterior interpretación e igualmente para la aplicación de tales normas por parte del Poder Judicial (Torre, 2006).

Continúa Torre (2006) citando referencias análogas de la dignidad humana a nivel constitucional de otros estados:

1) la Constitución Alemana en su artículo 1º, inciso 1), señala

“La dignidad del ser humano es intangible. Todos los poderes públicos tienen la obligación de respetarla y protegerla”.

Y en su inciso 2) establece como consecuencia que

“el pueblo alemán reconoce al ser humano sus derechos inviolables e inalienables como fundamento de toda comunidad humana, de la de la paz y de la justicia en el mundo”.

2) Por su parte el artículo 10.1 de la Constitución española señala expresamente:

“La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social”.

El texto español ha establecido como funciones del principio de “dignidad de la persona”: 1) como “el fundamento de los derechos humanos, y de todo el orden político”; 2) como criterio de validez de las normas jurídicas; y 3) se destaca el papel que juega en orden a la aceptabilidad de posibles interpretaciones de otros preceptos, incluso constitucionales.

En adición a los que ven en la Dignidad Humana el bien que debe ser tutelado, se confirma en el siguiente texto de la Declaración y Programa de Acción de Viena que a la letra dice:

“Reconociendo y afirmando que todos los derechos humanos tienen su origen en la dignidad y el valor de la persona humana, y que ésta es el sujeto central de los derechos humanos y las libertades fundamentales, por lo que debe ser el principal beneficiario de esos derechos y libertades y debe participar activamente en su realización”. (Conferencia Mundial de Derechos Humanos en Viena. 1993).

La trascendencia de *La dignidad humana* también la encontramos en el artículo 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, bajo el siguiente texto:

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros. (Declaración Universal de Derechos Humanos. Cit. por Torre. 2006)

La *Declaración Universal* propone cuatro conclusiones importantes a propósito de la dignidad de la persona.

- 1) La dignidad es la base o fundamento de los derechos humanos, de la justicia y la paz social;
- 2) Existe un reconocimiento universal de la existencia de esta dignidad, y hay una convicción de que la dignidad es algo valioso de suyo, con un valor immanente al propio hombre quien es su titular o la posee;
- 3) Todos los hombres y mujeres participan de esta dignidad;
- 4) La idea de dignidad de la persona se encuentra en estrecha vinculación con la libertad humana (Torre. 2006)

Aunque el término dignidad resulta difícil definir, se dice que constituye la suma de las virtudes y atributos humanos. Es un valor central, del que emanan la justicia, la vida, la libertad, la igualdad, la seguridad y la solidaridad, valores que determinan la existencia de todos los Derechos reconocidos por nuestra Constitución. Los valores de justicia, vida, libertad, igualdad, seguridad, etc., están unidos por el valor de la dignidad de la persona humana. (Brouwer de Koning, 2007.)

En semejantes términos *La Convención Americana sobre Derechos Humanos, (1980) conocida como el Pacto de San José de Costa Rica*, en su artículo 11 denominado "Protección de la Honra y de la Dignidad", menciona:

1. Toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad.
2. Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias o abusivas en su vida privada, en la familia, en su domicilio o en su correspondencia ni de ataques ilegales a su honra y reputación.
3. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o esos ataques.

Para Torre (2006) el sistema de protección y promoción de los derechos humanos implementados en el marco de las Naciones Unidas ha tenido al derecho a la no discriminación como uno de sus ejes centrales. Incluso es el derecho que ha merecido la atención de un mayor número de instrumentos internacionales de protección.

El derecho a la no discriminación se encuentra en la Carta fundacional de la ONU del 26 de junio de 1945. En el artículo primero, párrafo tercero, de la Carta de San Francisco existe una prohibición expresa a hacer algún tipo de "distinción por

motivos de sexo, raza, idioma y religión” en el ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales.

Esta referencia explícita a la no discriminación en la Carta de las Naciones Unidas, influyó para que en 1947 el Consejo Económico y Social, creado por el capítulo IX de la Carta de San Francisco, creara a su vez la *Subcomisión para la Prevención de la Discriminación y Protección de Minorías* como un órgano subsidiario de la Comisión de Derechos Humanos, a la cual se le encomendó la creación de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. (Torre. 2006)

Poco después, en 1948, La *Declaración Universal de los Derechos Humanos* consagra la prohibición de no discriminación bajo la forma jurídica de un principio íntimamente vinculado con el de la universalidad de los derechos humanos y las libertades fundamentales reconocidas por ella. Sin que emplee expresamente el término de “discriminación” el artículo segundo proclama que

“toda persona tiene los derechos y libertades consagrados por la Declaración, sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición” (Cit. por Torre. 2006:128)

En el mismo contexto las Convenciones de Naciones Unidas protegen indirectamente al derecho a la no discriminación:

Convención para Prevenir y Sancionar el Crimen de Genocidio del 9 de diciembre de 1948. La razón por la que ésta Convención se vincula con el derecho a la no discriminación consiste en la protección que hace de los grupos nacionales, étnicos, raciales y religiosos (Torre, 2006).

La *Convención Internacional sobre la Represión y el Castigo de apartheid*, del 30 de noviembre de 1973 se relaciona con el derecho a la no discriminación, simple y sencillamente porque el apartheid constituye el ejemplo más claro y extremo de la discriminación estructural. El crimen de apartheid principalmente vulnera, como se reconoce en el preámbulo de la Convención, el principio de la igualdad en dignidad y derechos de todas las personas (Ídem).

Por su parte la *Convención Internacional para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial* fue aprobada el 7 de marzo de 1966 y entró en vigor el 4 de enero de 1969. En la actualidad, más de 175 Estados la han ratificado, constituyéndose en uno de los instrumentos internacionales de más amplia aceptación en el marco de las Naciones Unidas. Esta convención es muy importante porque la definición que aporta el artículo primero de la Convención ha sido tomada como el prototipo del concepto de discriminación relativo a las distintas formas o manifestaciones de discriminación, así como por los instrumentos que buscan eliminar la discriminación hacia ciertos grupos humanos.

Se estructura en base a cuatro elementos esenciales: 1º define qué acciones son consideradas como constitutivas de discriminación; 2º indica bajo qué motivos estas acciones se considerarán discriminatorias; 3º se refiere a los resultados que tienen que producirse para considerar que existe una discriminación; 4º establece los ámbitos o esferas en los cuales se prohíben las conductas discriminatorias.

Establece dos tipos de obligaciones, de carácter pasivo y de carácter positivo, que los Estados asumen en torno al derecho a la no discriminación racial (Torre, 2006).

La *Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación en Contra de la Mujer* (1945) ha sido ratificada por 175 países, constituyéndose en el instrumento internacional más ratificado en el sistema de Naciones Unidas, después de la Convención de los Derechos del Niño. En la parte concerniente a los derechos de las mujeres la Convención emplea la estrategia de alcanzar la igualdad de la mujer respecto del hombre en las distintas esferas de la vida mediante el fortalecimiento de ciertos derechos específicos relacionadas con cada esfera política o pública, educativa y laboral (Torre. 2006).

Es tal la importancia del derecho a la no discriminación que las Naciones Unidas han emitido varias declaraciones a este respecto:

Declaración sobre la Eliminación de Todas las Formas de Intolerancia y Discriminación Fundadas en la Religión o las Convicciones. Aprobada por la Asamblea general de la ONU el 25 de noviembre de 1981. En ella se consagran dos derechos íntimamente interrelacionados; el derecho a la libertad religiosa y el derecho a la no discriminación por motivos religiosos (Ídem).

Declaración sobre los Derechos de las Personas Pertenecientes a Minorías Nacionales o Étnicas, Religiosas y Lingüísticas. Aprobada por la Asamblea General de la ONU el 18 de diciembre de 1992 Esta Declaración se vincula con el tema de la discriminación en cuanto su objetivo es fortalecer el ejercicio de los derechos de aquellos grupos de personas minoritarios que por motivos de su raza, su origen étnico, su religión o su lengua, se encuentran inmersos en un contexto de discriminación (Ídem).

Declaración sobre la Raza y los Prejuicios Raciales aprobada por unanimidad por la Conferencia General de la UNESCO el 27 de noviembre de 1978. La Declaración propugna dos principios fundamentales: por una parte, que todos los hombres nacen iguales en dignidad y derechos de manera que todos pertenecen a la misma especie y forman parte integrante de la humanidad y, por otra parte, que todos los individuos y los grupos humanos tienen derecho a ser diferentes, a considerarse y ser considerados como tales (Ídem).

Se cuenta también con documentos que han emitido las agencias especializadas de las Naciones Unidas sobre el derecho a la no discriminación:

1) *Convenio (número 111) relativo a la discriminación en materia de empleo y ocupación (1960)*. Este convenio, de la OIT, fue el primer instrumento internacional que define lo que se entiende por discriminación. Describe la discriminación como cualquier distinción, exclusión o preferencia basada en un conjunto de motivos o cualidades personales que tienen por efecto anular o alterar la *igualdad de oportunidades* o de *trato* en el empleo y ocupación. Ahora bien, su protección se extiende no sólo al trato recibido en el lugar de trabajo, sino, también, se refiere a la igualdad de oportunidades para el empleo (Torre, 2006)

2) *Convención Relativa a la Lucha contra la Discriminación en la Esfera de la Enseñanza. (1962)*. Esta Convención, de la UNESCO, plantea una manera específica de estructurar el sistema educativo en los Estados partes. En su primer artículo se define qué debe entenderse por discriminación en la enseñanza. Considera discriminatorio excluir a una persona o a un grupo el acceso a los diversos grados y tipos de enseñanza; limitar a un nivel inferior la educación de una persona o de un grupo; colocar a una persona o a un grupo de personas en una situación incompatible con la dignidad humana e, instruir o mantener sistemas o establecimientos de enseñanza separados para personas o grupos. Esta Convención establece el derecho de las minorías nacionales de establecer y mantener escuelas y de emplear y enseñar su propio idioma (Ídem).

3) *El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966)* retoma el derecho a la no discriminación en sus artículos 2, 3, 20 (2), 24 y 26. El artículo segundo establece la prohibición de ser discriminado en el goce y ejercicio de los derechos y libertades reconocidos en el Pacto.

El artículo tercero ha servido como punto de partida para la extensa protección, que en el plano internacional reciben los derechos de las mujeres. Dice textualmente:

“Los Estados partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar a hombres y mujeres la igualdad en el goce de todos los derechos civiles y políticos enunciados en el presente Pacto” (Cit. por Torre, 2006:141)

El párrafo segundo del artículo 20 del PIDCP establece la obligación de los Estados partes de prohibir mediante ley toda apología del odio nacional, racial o religioso que constituya incitación a la discriminación (Torre, 2006).

La norma más importante, de este documento, en cuanto a lo que a la discriminación se refiere es la que se expresa en su artículo 26. Textualmente afirma:

“La ley prohibirá toda discriminación y garantizará a todas las personas protección igual y efectiva contra cualquier discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen nacional o social,

posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.” (Cit. por Torre. 2006:142)

- 4) Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia. (2001, Durban, Sudáfrica) A ella acudieron 2,300 representantes de 160 países, entre ellos, 16 jefes de Estado, 58 ministros de exteriores y 44 ministros de otros ramos. También participaron más de 4,000 representantes de Organizaciones No Gubernamentales y más de 1,000 medios de comunicación de todo el mundo.

La Conferencia de Durban hace gran hincapié en que el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia se ven muy agravadas por una distribución no equitativa de la riqueza, la marginación y la exclusión social. (Torre, 2006)

Por su parte en la República Mexicana se publicó la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (LD), en el *Diario Oficial de la Federación* el 11 de junio de 2003, contiene 85 artículos y cinco transitorios, distribuidos en seis diferentes capítulos. Enseguida se analizarán brevemente algunos artículos de esta ley:

El concepto de discriminación se encuentra en el artículo 4º de la LD, que dice:

“Para los efectos de esta Ley se entenderá por discriminación toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas.

También se entenderá como discriminación la xenofobia y el antisemitismo en cualquiera de sus manifestaciones.” (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2012)

El artículo 4º de la LD no se limita a transcribir el párrafo tercero del artículo 1º constitucional, sino que agrega algunos conceptos interesantes, como por ejemplo la cuestión de la xenofobia y el antisemitismo. (Torre, 2006)

Las conductas que, aunque suponen una distinción entre las personas, pero no son discriminatorias ya que no utilizan alguno de los criterios prohibidos por el artículo 1º constitucional, se precisan en el artículo 5º de la LD, este artículo viene a concretar la idea de que la prohibición de discriminar no supone la imposibilidad absoluta de tratar de forma diferente a dos o más personas, sino que establece una prohibición de *distinciones no razonables*.

El artículo 6º incorpora al derecho mexicano un conjunto de recomendaciones y resoluciones muy amplio e importante, dictadas por los diversos Comités de la ONU para dar contenido y sentido a los tratados internacionales en materia de derechos humanos.

En el artículo 7º de la LD se asume una postura moderna en materia de interpretación jurídica al entender que un mismo texto puede tener distintos significados posibles, varios de los cuales pueden ser perfectamente congruentes con lo dispuesto en la Constitución, al mismo tiempo le señala al intérprete la obligación de elegir de entre esos significados el que mejor proteja a los grupos en situación de vulnerabilidad. (Torre, 2006)

Además de las disposiciones del derecho internacional de los derechos humanos, la LD también recoge influencias del derecho constitucional comparado. Por ejemplo en su artículo 2º establece que:

“Corresponde al Estado promover las condiciones para que la libertad y la igualdad de las personas sean reales y efectivas. Los poderes públicos federales deberán eliminar aquellos obstáculos que limiten en los hechos su ejercicio e impidan el pleno desarrollo de las personas así como su efectiva participación en la vida política, económica, cultural y social del país y promoverán la participación de las autoridades de los demás órdenes de gobierno y de los particulares en la eliminación de dichos obstáculos.” (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2012)

Se trata de un precepto claramente inspirado en los artículos 9.2. de la Constitución española de 1978 y 3.2. de la Constitución italiana de 1947.

El capítulo II de la Ley se denomina “Medidas para prevenir la discriminación”, contiene un solo artículo (el 9º de la LD). En ese precepto se realiza una enumeración prolija de las conductas que se consideran discriminatorias en un total de XXIX fracciones (Torre, 2006).

En los capítulos IV, V y VI de la LD se precisa lo relativo al Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, su integración, los órganos que lo componen, sus respectivas competencias (capítulo IV), así como los procedimientos que se deberán seguir en el ejercicio de sus atribuciones (capítulo V) y la manera en que habrán de repararse los actos discriminatorios (capítulo VI) (Ídem).

La LD establece una serie de “medidas administrativas” no represivas para el caso en que se acredite un acto o una conducta discriminatorios. De acuerdo con el artículo 83 de la ley el Consejo dispondrá la adopción de medidas administrativas para prevenir y eliminar la discriminación: impartición de cursos o seminarios que promuevan la igualdad de oportunidades; fijación de carteles en establecimientos de quienes incumplan alguna disposición de esta Ley, en los que se promueva la modificación de conductas discriminatorias; presencia de personal del Consejo para promover y verificar la adopción de medidas a favor de la igualdad de oportunidades y la eliminación de toda forma de discriminación, etc.

Junto a estas medidas, la LD también contiene las que se suelen denominar “sanciones premiales o positivas”, que tienen por objetivo no generar un castigo, sino justamente lo contrario, es decir, reconocer públicamente que una institución

(pública o privada) o una persona cumplen de manera extraordinariamente destacada con la Ley (Torre, 2006).

Para algunos Estados de la República Mexicana es muy importante prevenir, combatir y sancionar la discriminación por lo que cuentan con Legislación Específica en contra de la discriminación, como son los estados de Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero, Hidalgo, Coahuila, Colima, Estado de México, Distrito Federal, Michoacán, Nayarit, San Luis Potosí, Tamaulipas, y Zacatecas (CONAPRED, 2008).

Además, se han emitido leyes para grupos vulnerables como son:

- Mujeres: Acceso a una Vida Libre de Violencia: Campeche, Durango, Nayarit, San Luis Potosí.
- Derechos, Cultura y Organización de los Pueblos y comunidades indígenas: Campeche, Colima, Nayarit, San Luis Potosí.
- Niños y niñas: Distrito Federal, Michoacán, Nayarit.
- Niñez y adolescencia: Campeche, San Luis Potosí.
- Jóvenes: Chiapas, Durango, Nayarit.
- Adultos mayores: Campeche, Chihuahua, Durango, Guerrero, San Luis Potosí.
- Desarrollo integral de las Personas con discapacidad: Campeche, Nayarit, San Luis Potosí.
- Igualdad de Mujeres y hombres: Campeche. San Luis Potosí.
- Personas en Fase Terminal: San Luis Potosí.

Y leyes que implican la discriminación como son:

- Prevenir y sanciona la tortura : Campeche, Nayarit.
- Contra la violencia intrafamiliar: prevención y atención: Campeche, San Luis Potosí.

En otros Estados su constitución está en concordancia con el Art. 1º de CPEUM, como son (CONAPRED, Discriminación en México.):

Guanajuato: Art. 1º Nuevo León Art. 1º Yucatán: Art. 2º
Morelos: Art. 2º Tabasco: Art. 4º

Los Estados de Aguascalientes, Oaxaca, Quintana Roo, Tlaxcala, Veracruz consideran a la discriminación como delito penal, pero no cuentan con una ley específica contra la discriminación:

Por último los Estados de la República Mexicana que no cuentan con legislación contra la discriminación son Baja California, Jalisco, Puebla, Querétaro, Sinaloa, y Sonora.

Conociendo el marco jurídico de la no discriminación en general ahora se enunciarán declaraciones y directrices a nivel internacional y leyes nacionales, en lo referente a la discriminación de los infectados de VIH/SIDA.

En la Cámara de Diputados de la República Mexicana se encuentra para su discusión y aprobación una *“Iniciativa de Ley General sobre VIH-SIDA”*. (Gaceta Parlamentaria, 2008.) Se citan los artículos más representativos para el objetivo de esta tesis.

El Artículo 8º menciona que

“Queda prohibido todo acto de discriminación, estigmatización o segregación hacia los portadores, así como hacia sus parientes y personas relacionadas de manera afectiva o sexual. A una persona, por su condición de portador, no se le podrá denegar el acceso a servicios o lugares públicos.”

Se prohíbe todo acto de discriminación hacia los portadores en el ámbito laboral en su Artículo 9º y en el ámbito educativo en su Artículo 10º.

Algunos estados de nuestra república han emitido leyes en favor del derecho a la no discriminación como son el Estado de Veracruz que publicó la *“Ley para Enfrentar la Epidemia del VIH-SIDA en el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave.”* (Gobierno del Estado de Veracruz. 2008.) En ella se habla expresamente de los derechos de las personas con VIH/SIDA como son el derecho a la atención médica hospitalaria (Art. 21), el artículo 22 extiende este derecho a los enfermos mentales infectados por VIH.

Por su parte el Distrito Federal emitió en junio 20 de 2012 la *“Ley para la Prevención y Atención Integral del VIH/SIDA del Distrito Federal”*, en donde claramente se prohíbe la discriminación contra los infectados de VIH/SIDA. (Administración Pública del Distrito Federal. Jefatura de Gobierno, 2012.)

En el Estado de Guerrero se aprobó la *“Ley Número 375 para Prevenir y Eliminar la Discriminación en el Estado de Guerrero”*. (CONAPRED. Discriminación en México, 2008.) Con respecto a los infectados de VIH-SIDA en su artículo 16 se promueve el principio de no discriminación al prohibir despidos injustificados de personas portadoras del VIH-SIDA, así como la realización de la prueba de detección del VIH-SIDA sin el consentimiento o voluntad de la persona y garantiza la atención integral a los servicio de salud a las personas que viven con VIH-SIDA de manera que puedan disfrutar, sin discriminación alguna, el derecho a la salud.

En el Estado de Colima se cuenta con la *“Ley que Previene, Combate y Elimina la Discriminación en el Estado de Colima”* (CONAPRED, 2008). En el artículo 15 de esta ley se enumeran explícitamente las conductas que discriminan entre ellas podemos encontrar el explotar o dar un trato abusivo o degradante; impedir la asistencia individual preventiva y el tratamiento de la enfermedad, así como la rehabilitación completa o parcial; negar o condicionar cualquier servicio de salud, efectuar pruebas de detección de cualquier tipo de enfermedad, sin el previo consentimiento de la persona interesada; suspender la atención médica o el tratamiento, negar el acceso o separar de los centros educativos públicos o

privados o negar el acceso a programas de capacitación y de formación profesional; restringir su participación en actividades deportivas, recreativas o culturales y ofender, ridiculizar, hostigar, rechazar o promover la violencia en su contra a través de mensajes o imágenes en los medios de comunicación.”

A nivel internacional también se han emitido múltiples documentos jurídicos prohibiendo expresamente la discriminación contra los infectados de VIH/SIDA. Entre ellos se cuentan:

La *Declaración de la Cumbre de París sobre SIDA*, adoptada el 1 de diciembre de 1994 en Francia (Jefes de Gobierno o Representantes de los 42 Países reunidos en París, 1994). Los jefes de gobierno o representantes de 42 países se comprometen en las políticas nacionales a proteger y promover, mediante el entorno jurídico y social, los derechos de las personas, en particular de las que viven con el VIH/SIDA o están más expuestas a la infección, y a luchar contra las condiciones sociales y económicas que exacerban el estigma y la discriminación que favorecen la propagación de la infección:

Por su parte, las *Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos* fueron acordadas entre el 23 y el 25 de septiembre de 1999, durante la Segunda Consulta Internacional sobre VIH/SIDA y los Derechos Humanos, organizada por ONUSIDA y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ONUSIDA, 2006.)

Las doce directrices tienen por objeto traducir las normas internacionales de derechos humanos en actuaciones prácticas para hacer frente al VIH/SIDA. Estas constan de dos partes: la primera contiene los principios de derechos humanos que fundamentan una respuesta positiva al VIH/SIDA, y la segunda las medidas que han de adoptar los gobiernos en los ámbitos jurídico, administrativo y político para proteger los derechos humanos y alcanzar los objetivos de salud pública frente al SIDA. Las directrices internacionales fueron elaboradas para ayudar a los Estados a enfrentar a la epidemia del VIH/SIDA con una respuesta positiva de índole jurídica que contribuya a reducir su transmisión y efectos. Además, tienen el objeto de que se respeten los derechos humanos y libertades fundamentales de las Personas Viviendo con VIH/SIDA (PVVS) y de los grupos sociales más vulnerables a la infección.

Diversas naciones también han emitido leyes al respecto, por ejemplo la *Ley General del VIH/SIDA de la República de Costa Rica: Ley Nro. 7771* Publicada en el Diario Oficial La Gaceta del 20 de Mayo de 1998. Esta ley prohíbe toda discriminación o trato degradante. (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 1998.). En el *Reglamento de la Ley General sobre VIH-SIDA 1999*. Costa Rica, se encuentran en su articulado medidas tanto contra la discriminación laboral y educativa (Artículos 25 a 28) como contra la discriminación administrativa (Artículos 29 a 31).

La *Ley de VIH/SIDA de la República Dominicana* (2011) prohíbe cualquier acto discriminatorio, estigmatizante o segregador en perjuicio de las personas con el VIH o con SIDA, sus familiares y personas allegadas.

Nicaragua emitió la “*Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA*”. (1999). En esta ley se garantizan los derechos humanos; la no-discriminación, la confidencialidad y la autonomía personal.

El Congreso de la República de Guatemala emite el Decreto Número 27-2000-06-26. (2000.) En este decreto se publica la “*Ley General para el combate del virus de inmunodeficiencia humana -VIH- y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida - SIDA- y de la promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH/SIDA.*”

La República de Honduras publicó la *Ley Especial sobre VIH/SIDA* (1999). En su título VI. Derechos y Deberes de las personas infectadas por VIH o enfermas del SIDA, en su Capítulo I se abordan el derecho a la salud (Art. 47-49); el derecho a la educación y capacitación (Art. 51) y el derecho al trabajo (Art. 52-54).

Por su parte la República de El Salvador. (2001) emitió la *Ley de Prevención y Control de la Infección provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana*.

Las leyes tanto a nivel nacional como internacional, partiendo del concepto de dignidad humana, son muy claras al determinar la prohibición de la discriminación en general y en especial de los infectados por el VIH/SIDA

SEGUNDA PARTE

Políticas públicas para prevenir el VIH/SIDA

La prohibición de la discriminación tanto en los diversos documentos internacionales como en la Constitución de la República Mexicana, no obstante ser importantes e imprescindibles, no es suficiente para una adecuada lucha contra la discriminación. Son necesarias otras medidas articuladas con esfuerzos institucionales y sociales, de modo tal que se desarrollen políticas públicas coherentes en los diversos ámbitos, que permitan la eliminación de todo tipo de discriminación, por lo que creemos necesaria una planificación que integre los aspectos jurídicos, económicos y sociales a fin de garantizar la igualdad de oportunidades. (Defensoría del Pueblo de la República del Perú, 2007)

Las políticas públicas y la política son entidades diferentes, pero se influyen de manera recíproca. Tanto la política como las políticas públicas tienen que ver con el poder social. Pero mientras la política es un concepto amplio, relativo al poder en general, las políticas públicas corresponden a soluciones específicas de cómo manejar los asuntos públicos.

Las políticas públicas son un factor común de la política y de las decisiones del gobierno y de la oposición. Así, la política puede ser analizada como la búsqueda

de establecer políticas públicas sobre determinados temas, o de influir en ellas. A su vez, parte fundamental del quehacer del gobierno se refiere al diseño, gestión y evaluación de las políticas públicas.

El objetivo de los políticos consiste en llegar a establecer políticas públicas de su preferencia, o bloquear aquellas que les resultan inconvenientes. La política en su sentido más amplio tiende a conformar, tanto las propuestas de políticas públicas, como aquellas que se concretan. Quien quiere el gobierno, quiere políticas públicas. Los gobiernos son instrumentos para la realización de políticas públicas, más que mirar al ordenamiento de las actividades del sector público. (Iahera, 2004).

Según la *Defensoría del Pueblo* (2007) de la República del Perú “Las políticas públicas son los cursos de acción que desarrolla el Estado para un objetivo determinado. Ellas tienen como propósito crear o transformar las condiciones en que se desenvuelven las actividades de los individuos y de los diversos grupos sociales para la adecuada vigencia de sus derechos.”

De esta manera se tienen varias precisiones teóricas que pueden ser tomadas en cuenta como criterio para la selección de documentos referidos a las políticas públicas sobre VIH y SIDA (República Bolivariana de Venezuela, 2009.):

- Las políticas públicas pueden ser *definidas por las instituciones públicas*, a través de decretos, reglamentos, planes, proyectos, manuales, guías y resoluciones.
- Las políticas públicas pueden *no estar enunciadas* en documentos oficiales, sino que pueden desprenderse de comunicaciones internas o acciones que se convierten en prácticas recurrentes y aceptadas por la colectividad.

La rendición de cuentas ha propiciado el desarrollo de la evaluación de las políticas públicas, cuyo objetivo principal es determinar la eficiencia de las mismas. (Kauffer, 2012.) Se trata de comparar los resultados de las políticas públicas con los objetivos propuestos y los medios utilizados para llevarlas a cabo.

Las políticas públicas se refieren a actividades materiales o simbólicas que gestionan las autoridades públicas. Este último punto, se refiere a lo que los gobiernos deciden realizar o no realizar. Cabe aclarar que no actuar en sí no es una política pública, sino que la decisión de no actuar ante un determinado problema conforma en sí una política pública. Por lo tanto una política pública no es solamente una acción concreta, puede ser una acción simbólica o un no-programa.

Otro elemento clave de las políticas públicas se refiere a las decisiones cuyo objeto es la distribución de determinados bienes o recursos. Una política pública no es una acción aislada, una medida apartada, en este proceso se encuentran

en juego bienes o recursos que pueden afectar o privilegiar a determinados individuos y grupos.

En términos generales, podemos distinguir tres grandes modelos teóricos de análisis de las políticas públicas (Ibídem.):

a) El primero de corte funcionalista: el Estado conforma una ventanilla encargada de atender todas las demandas sociales. Las políticas públicas constituyen respuestas a estas demandas y son analizadas en una perspectiva de optimización de las decisiones colectivas, de racionalidad de los comportamientos de los burócratas.

b) El segundo modelo: el Estado se encuentra monopolizado por una determinada clase social, por lo tanto, el Estado tiene un margen de autonomía limitado respecto a los intereses de una clase o de un grupo y las políticas públicas constituyen el reflejo de los intereses de los grupos dominantes.

c) El tercer enfoque se centra en la distribución del poder y en las interacciones entre actores a través de la representación y de la organización de intereses sectoriales o categoriales.

Las políticas públicas tienen un ciclo de vida que arranca con la aparición de un problema, pero no de cualquier problema sino de uno considerado “público”. (Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas. para los Derechos Humanos, 2010.) Este elemento es esencial porque hay problemas que, afectando a muchas personas, pueden no ser considerados públicos.

Una vez que se ha constituido el problema público, el paso siguiente es su estructuración y la construcción de las posibles soluciones. Esta es una etapa fundamental en el ciclo de vida de las políticas públicas, ya que de acuerdo con la forma en que se estructure un problema, se determinarán las diversas soluciones que se le puedan dar.

La *estructuración de los problemas y el diseño de las múltiples soluciones*, junto con la toma de decisiones, son los momentos más “políticos” del ciclo de vida de la política pública, donde la ideología, los intereses y los saberes en conflicto o competencia se entremezclan.

Finalmente, en la *toma de decisiones* se determina cuál de las múltiples soluciones es la que tiene mayor certeza técnica a partir de la evidencia existente, pero, más importante aún, cuál de las soluciones es la que contó con el mayor respaldo político.

El siguiente paso es echar a andar la política pública, lo que se conoce como *implementación*. Este momento del ciclo es tan importante como los anteriores.

Finalmente, después de implementada la política pública, damos paso a la *evaluación*. Tal vez esta etapa sea la más técnica de todas las anteriores.

En la figura 13 se muestra esquemáticamente los pasos del ciclo de vida de las políticas públicas.

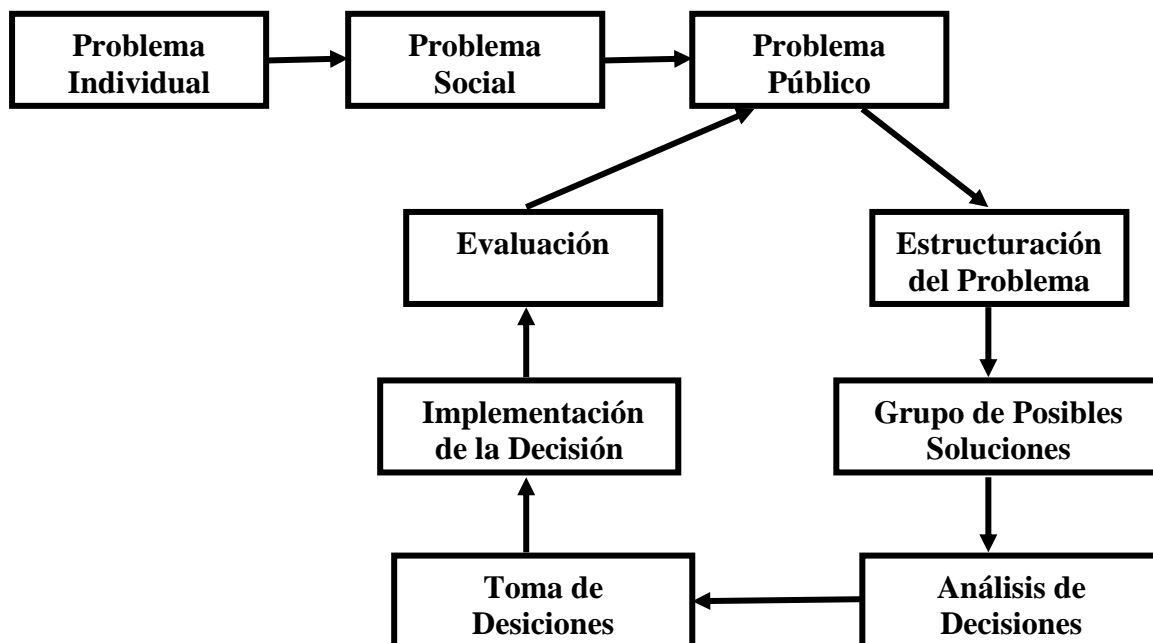


Figura 13. Pasos del ciclo de vida de las Políticas Públicas

Las políticas públicas tienen como principal objetivo dar racionalidad al uso de recursos escasos en el cumplimiento de las actividades estatales. Esto implica que la acción del Estado debe realizarse con productividad, economía, eficiencia y eficacia.

Enseguida presentaremos Políticas Públicas emitidas en nuestra República Mexicana, primero sobre la discriminación en general y después sobre la discriminación de los infectados por VIH/SIDA.

Con base en la revisión del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 se identifica que las políticas giran en torno a 5 ejes que son: Estado de Derecho y seguridad, Economía competitiva y generadora de empleos, Igualdad de oportunidades, Sustentabilidad ambiental y Democracia efectiva y política exterior responsable. (Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República, 2007.) El plan pretende establecer acciones transversales que comprenden los ámbitos económico, social, político y ambiental, articulando un conjunto de objetivos y estrategias.

En su "Objetivo 16", hace referencia directamente a la discriminación, propone "Eliminar cualquier discriminación" haciendo alusión únicamente a la discriminación por motivos de género, por lo que en su estrategia 16.5 propone eliminar toda discriminación hacia la mujer en el ámbito laboral. En este objetivo no se hace alusión alguna a la discriminación por infección de VIH/SIDA.

En el punto 3.6 se refiere a los Grupos Vulnerables como son “los adultos mayores, niños y adolescentes en riesgo de calle, así como a las personas con discapacidad”. Se omite como grupo vulnerable a los infectados por VIH/SIDA.

De acuerdo al análisis anterior, se determina que la política propuesta por el gobierno federal en este documento carece de acciones incluyentes e igualitarias, olvida considerar los derechos y las garantías de ciertos colectivos de la sociedad como lo son las personas con VIH/SIDA, no se les menciona como grupo vulnerable y discriminado.

El Programa Nacional de Salud 2007-2012 (Secretaría de Salud. 2007) tiene cuatro capítulos:

- El capítulo I presenta un diagnóstico sobre la salud y los servicios de salud en el país.
- El capítulo II expone la visión prospectiva del Sistema Nacional de Salud al que aspiramos en el 2030
- El capítulo III presentan los objetivos del *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, y las estrategias y actividades que se desarrollarán para cumplir con ellos.
- El capítulo IV describe las actividades de seguimiento, evaluación y rendición de cuentas que permiten medir los avances e informar a la sociedad sobre el desempeño del Sistema Nacional de Salud y los resultados obtenidos.

En su Capítulo I, apartado “Necesidades de Salud: Daños y Riesgos” nos informa sobre la atención a enfermedades relacionadas con la edad, como la diabetes, dejando al final los riesgos de enfermedad o muerte por causas como el alcohol, tabaquismo y prácticas sexuales inseguras, como la infección por el VIH.

En lo referente al VIH/SIDA considera que

“La lucha contra el VIH/SIDA debe sustentarse en el fortalecimiento de las políticas de prevención, incluyendo la promoción del uso del condón, el acceso universal a los medicamentos anti-retrovirales, y el combate al estigma y la discriminación asociados a este padecimiento.”

Conviene hacer notar que expresamente se hace referencia como parte de la “lucha con el VIH/SIDA” “el combate al estigma y a la discriminación asociados a este padecimiento”

En el Capítulo III Objetivos y Estrategias, en la Estrategia 2, en la línea de acción:

“2.8 Impulsar una política integral de prevención y atención de infecciones por VIH y otras ITS

“...Con el fin de prevenir y controlar las ITS, la actual administración se propone: Incrementar la participación de la sociedad civil y las personas que viven con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) en los programas dirigidos a la prevención de esta infección en las poblaciones clave de mayor riesgo, así como en las campañas dirigidas a disminuir el estigma, la discriminación y la homofobia asociada al VIH.”

CONAPRED diseñó el “Programa Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación” (PNPED 2010-2012), donde da cuenta de la estrategia a fin de coordinar, orientar y evaluar los resultados de la política del Estado mexicano en materia de no discriminación como resultado de los compromisos internacionales adquiridos en la Conferencia de Durban.

Por su parte algunos estados de la República Mexicana han emitido también políticas públicas sobre el derecho a no discriminación.

El Distrito Federal en el Artículo 8 de la Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación (2011) establece:

“Artículo 8.- Se instituye como política pública del Gobierno del Distrito Federal y de todos los entes públicos, que el principio de igualdad y no discriminación regirá en todas las acciones, medidas y estrategias que implementen en el ámbito de sus respectivas competencias”.

En el estado de Oaxaca encontramos políticas públicas en salud relacionadas para personas con VIH/SIDA. (CONAPRED. 2008.), hacemos notar que en lo relativo al ámbito de la salud se ha olvidado su inclusión en ámbitos de la educación, trabajo y justicia. En el “Plan Municipal de Desarrollo, 2005- 2007” de Oaxaca de Juárez las políticas planteadas a nivel local, al igual que las políticas del Estado, no incluyen los derechos y las garantías de las personas con VIH/SIDA.

A nivel de nuestro continente se ha emitido *El Informe sobre la discriminación en Iberoamérica 2008* donde se analiza la situación general de la discriminación en la región, los rasgos institucionales de las políticas de combate a la misma, los avances observados y los retos que enfrentan las naciones ibero-americanas en condiciones de exclusión social sumamente marcadas.

El Informe, entre otras ideas, se ocupa de un tema sustantivo para conocer el avance de la lucha antidiscriminatoria: la instrumentación de las políticas públicas encaminadas a dicho propósito. En Iberoamérica puede hablarse de dos modelos de orientación programática para la sustentación de políticas públicas que ayuden a aminorar las asimetrías sociales que fundamentan, en muchas ocasiones, los actos discriminatorios.

En el primero ubicamos a

- Argentina, México y Guatemala, que han elaborado planes nacionales contra la discriminación,
- Chile, que se halla en el proceso de elaboración de uno.

En el segundo modelo destacan

- Bolivia, Brasil, Perú y Colombia: naciones que abarcan un abanico amplio de grupos,

- Ecuador, Costa Rica, Panamá y El Salvador: cuentan con programas encaminados a un específico tipo de discriminación.
- Uruguay, Paraguay, Portugal y Puerto Rico no reportaron información al respecto.

En el mismo documento se da cuenta de cómo algunas naciones de América han elaborado políticas públicas al respecto como son:

Argentina:

Plan Nacional contra la Discriminación (2005): producto de los compromisos adquiridos en la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las formas conexas de Intolerancia, realizada en Durban, Sudáfrica en 2001, El plan abarca un número considerable de grupos vulnerables, no se menciona explícitamente a los infectados por VIH/SIDA (Red Iberoamérica de Organismos y Organizaciones contra la Discriminación. 2008)

Guatemala:

- *Política Pública para la Convivencia y la Eliminación del Racismo y la Discriminación Racial, (2006)*: se reconoce públicamente la existencia del racismo y la discriminación en ese país.
- La Comisión Presidencial Coordinadora de la Política del Ejecutivo en Materia de Derechos Humanos (COPREDEH) ha trabajado en un programa permanente sobre pluriculturalidad que ha culminado en el desarrollo y la creación de una oficina administrativa conocida como Unidad de Pluriculturalidad (Ibídem)

Chile:

Plan contra el Racismo y la Discriminación: en elaboración. Entre los antecedentes programáticos del combate a la discriminación se menciona el "Proyecto de Asociatividad para Disminuir la Discriminación a las Personas que Viven con VIH-SIDA en los Ámbitos escolar y Laboral" (Ibídem)

Bolivia (Ibídem):

- *Plan Nacional de Desarrollo Bolivia, Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien 2006-2010*: toma en cuenta la equidad como uno de sus ejes transversales. Uno de los ejes primarios de este Plan señala a Bolivia como "digna", buscando erradicar la pobreza, la exclusión, la marginación y la explotación.
- *Comité Nacional de la Persona con Discapacidad*: establece como una de sus líneas de acción el logro de la equiparación de oportunidades para gente con discapacidad.
- *Plan Nacional de Igualdad y Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad*, que junto con el Defensor del Pueblo logró el establecimiento de la política integral más completa, la cual previene la posible discriminación de personas con discapacidad.

Brasil (Ibídem):

Cuenta con diversos planes: *Plan Nacional para la Promoción de la Igualdad Racial (PNPIR)*, *Plan Nacional de Políticas para las Mujeres (PNPM)*, *Plan Brasil sin Homofobia*, *Plan Nacional para la Lucha contra la Violencia y el Maltrato a los Adultos Mayores*, *Plan Nacional de Combate a la Violencia y el Maltrato contra Adultos Mayores*.

Y dos políticas: *Política Nacional para la Integración de las Personas Minusválidas* y *Política Nacional de Integración de la Persona con Deficiencias*

Estos planes, programas y políticas se derivan de un amplio proceso de diálogo entre los órganos de gobierno y los representantes de la sociedad civil, tratando de incorporar las demandas de los grupos sociales directamente afectados por la discriminación.

Colombia (Ibídem):

- *Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010, Estado Comunitario, Desarrollo para Todos*: busca la equidad de género a través del impulso de acciones que compensen o moderen las discriminaciones que afectan a las mujeres.

- *Acuerdo Nacional por la Equidad entre Mujeres y Hombres*, que expresa el compromiso de las entidades del gobierno nacional, la rama judicial, y el Poder Legislativo, de incorporar la dimensión de género en sus programas, proyectos y presupuestos.

- Ministerio de Educación Nacional cuenta con el *Programa de Etnoeducación*, cuyo objetivo fundamental es defender la condición humana y el respeto por la diversidad multicultural, étnica, de género y opción personal de vida como recreación de la identidad nacional.

- La *“Estrategia municipios y departamentos por la infancia y la adolescencia, hechos y derechos”*, que busca mejorar las condiciones de vida de la infancia y la adolescencia.

- *Plan Nacional de intervención en discapacidad y el Plan de Acción 2005-2007*: tienen como componentes estratégicos la promoción, rehabilitación, equiparación de oportunidades y habilitación y rehabilitación integral.

Perú: (Ibídem)

- *Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Varones 2006-2010*: integra a los sectores e instituciones del Estado a través de la Comisión Multisectorial de Seguimiento de dicho Plan.

- *Plan Nacional de Derechos Humanos 2006-2010*: contiene lineamientos estratégicos para institucionalizar las políticas públicas y los enfoques de los derechos humanos y su difusión en las instituciones públicas y privadas a fin de combatir la discriminación contra mujeres, indígenas y campesinos.

- *Plan Nacional de Población 2003-2010*: establece una relación adecuada entre la población y el desarrollo del país; garantizar la decisión libre y consciente sobre el número de hijos; disminuir la morbilidad materno infantil y elevar la

calidad de vida; mejorar la distribución espacial de la población en el territorio, en función al desarrollo regional y a la seguridad nacional.

- *Plan Nacional de Apoyo a la Familia 2004-2011 (PNAF)*, (aprobado por Decreto Supremo 011-2004-Mimdes): contiene componentes de no discriminación en materia de:

- a) atención prioritaria en los programas sociales a favor de familias.
- b) promoción de la paternidad y maternidad responsables.
- c) conciliación entre la vida familiar y las actividades laborales, tanto en el ámbito público como privado.
- d) reconocimiento y difusión del valor de la relación entre abuelos y nietos.
- e) destacar el protagonismo y responsabilidad compartida de los padres en la conducción de la familia.

Costa Rica (Ibídem):

- *Programa "Avancemos"*: el cual tiene como objetivo general: "promover el mantenimiento y aprovechamiento de adolescentes en condición de pobreza en el sistema educativo, para propiciar la ruptura del círculo de transmisión intergeneracional de la pobreza".

- *Programa de Erradicación de Precarios*: brinda soluciones individuales, mientras la erradicación de algunos asentamientos en precario se encuentra en proceso.

Ecuador (Ibídem):

Se están reformulando programas para hacerlos más inclusivos:

- *Plan Nacional de Educación Inclusiva*,
- *Plan Nacional de Discapacidades y*
- *Plan Nacional de Empleo*.

En el mismo sentido, ya se dictó una Política de Estado en Materia de Discapacidades.

Panamá (Ibídem):

Plan Estratégico Nacional 2005-2009 (PEN) para el tema de las discapacidades: contiene cuatro lineamientos estratégicos: 1) concienciación y sensibilización, 2) adecuación y aplicación de la normativa jurídica, 3) equiparación de oportunidades, y 4) promoción de la investigación.

Tanto Panamá como Venezuela han elaborado y publicado documentos donde se asientan expresamente sus políticas públicas sobre el VIH/SIDA. A continuación un rápido vistazo a dichos documentos:

El contenido de la *Política Pública Nacional sobre VIH y SIDA* para Panamá se sustenta en los siguientes principios (USAID. 2008):

- Prohibición de la discriminación a causa del VIH y SIDA.
- Respeto de los derechos humanos y libertades fundamentales de los afectados(as), familiares y allegados por razón del VIH y SIDA

- Garantizar el derecho a la intimidad, confidencialidad y consentimiento informado.
- Protección especial y preferencial de la infancia y adolescencia huérfana y vulnerable por el VIH y SIDA.
- Respeto de los derechos humanos de la población privada de libertad afectados y afectadas por el VIH/sida.
- Fortalecimiento de la participación interinstitucional e intersectorial para la intervención integral contra la epidemia.
- Participación ciudadana con enfoque de género.
- Responsabilidad.

El enfoque que desarrolla la Política Pública Nacional de Panamá sobre el VIH y sida se sustenta en los siguientes aspectos: Derechos humanos, Desarrollo humano, Género e Interculturalidad. Ante la declaración del país de considerar las ITS, VIH y SIDA problema de Estado y de interés nacional y habiendo creado la instancia correspondiente del Programa Nacional de VIH y Sida, con la función de recomendar las políticas respecto a la materia, se presenta las medidas públicas que contribuyan a garantizar la atención integral en relación a la epidemia:

Desarrollo de la Política Pública Nacional (Figura 14):

1. Componente Sectorial.
 - 1.1. Prevención expansiva de la epidemia
 - 1.2. Atención integral a personas viviendo con VIH y SIDA (PVVS) y familiares
 - 1.3. Gestión para la prevención y atención de las ITS, VIH y sida.
2. Componente Transversal.
 - 2.1. Protección de los derechos humanos.
 - 2.2. Participación comunitaria y de la sociedad civil.
 - 2.3. Concertación de cooperación.

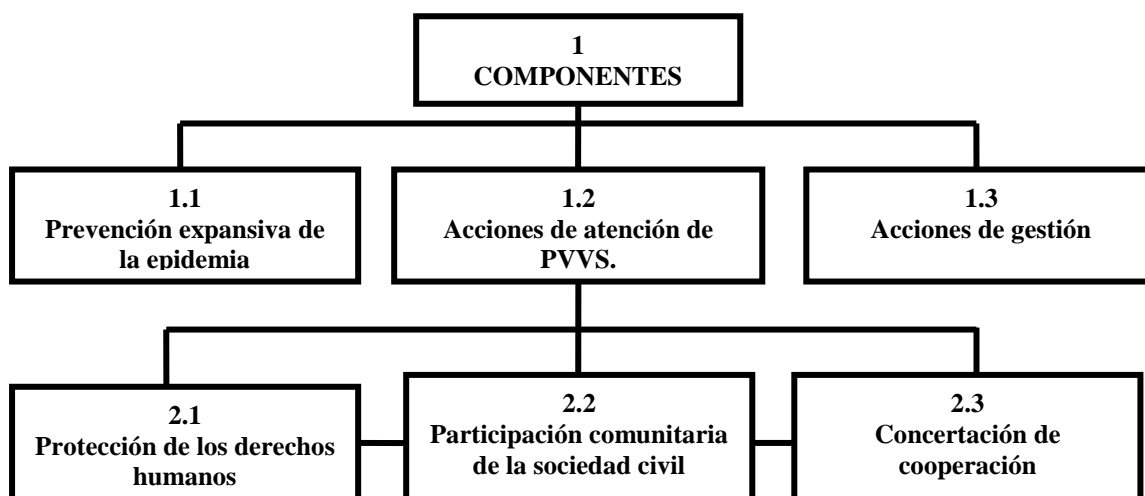


Figura 14. Desarrollo de la Política Pública Nacional. Panamá

A continuación un breve análisis sobre el punto referente a derechos humanos: donde se aborda específicamente el derecho a la no discriminación de los infectados de VIH/SIDA.

2.1. Protección de los derechos humanos.

Objetivo:

Promover los mecanismos para la defensa y protección de los DDHH de las personas afectadas directa e indirectamente por el VIH y SIDA (su entorno personal, familiar, laboral y socio-cultural) para la eliminación de toda forma de discriminación y estigmatización.

Entre las acciones a llevarse a cabo en orden a conseguir este objetivo se encuentran:

- Promulgación, divulgación y cumplimiento de leyes y reglamentaciones que eliminen toda forma de discriminación contra las personas afectadas directa e indirectamente por el VIH y SIDA, así como de otras preferencias sexuales. Se señalan tres indicadores: a) Leyes expedidas y otras normas conexas promulgadas contra toda forma de estigma y discriminación; b) número de actividades de divulgación realizadas vs programadas; y c) Informes de cumplimiento sobre leyes y reglamentos que regulan y sancionan conductas discriminatorias, homofóbicas y violatorias de derechos humanos. Además se señalan las entidades responsables.

- la Presentación de un Plan Nacional contra el estigma y la discriminación de PVVS, grupos vulnerables y con diversidad sexual, con dos indicadores como son a) el Plan Nacional Contra el Estigma y la Discriminación elaborada y en ejecución, b) la Campaña nacional por año contra el estigma y discriminación a PVVS, grupos vulnerables y con diversidad sexual que realizan instituciones públicas y privadas, preferencias sexuales y se señalan las entidades responsables.

Venezuela se encuentra actualmente en el proceso de construcción de un Sistema Público Nacional de Salud, que responda a las necesidades de la población y garantice el derecho a la salud establecido en el artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (República Bolivariana de Venezuela, 2009).

El VIH, el SIDA y las infecciones de transmisión sexual forman parte del ámbito de intervención de la Salud Sexual y Reproductiva. Estas premisas son esenciales para avanzar en la respuesta integral, en el marco del desarrollo de un *Modo de Atención Promocional de Calidad de Vida y Salud*, que requiere el manejo conceptual y operativo.

La República Bolivariana de Venezuela ha emitido una serie de documentos referentes a las Políticas Públicas sobre VIH/SIDA, he aquí brevemente su

relación en lo referente al derecho de no discriminación de los infectados por VIH/SIDA:

5.1.5. Suministro de condones (femeninos y masculinos) (Ídem)

a. Nombre: Campaña de prevención del VIH, el SIDA y la promoción del uso del condón. (2005):

Fecha: 2005

Objetivo: promover, a través de una campaña mediática de carácter nacional, una cultura propicia a la prevención del VIH/SIDA y generar una opinión pública favorable a los cambios de conducta necesarios para reducir los riesgos de infección, así como los actos de estigma y discriminación hacia las PVVS. Todo esto bajo el liderazgo de las autoridades nacionales y con el apoyo coordinado del sistema de Naciones Unidas.

Alcance: Campaña nacional dirigida a adolescentes y jóvenes entre 12-25 años; mujeres embarazadas; mujeres y hombres adultos; madres, padres, representantes, responsables y docentes de niños, niñas y adolescentes.

5.2. No discriminación

a. Nombre: Solicitud de interpretación a la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia, intentada por Unión Afirmativa de Venezuela, de los artículos 21, cardinal 1, y 77, en conjunción con los artículos 19, 20 y 22, de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, relacionados a la no discriminación por razones de orientación sexual. (Exp. 03-2630).

Fecha: 28 de febrero de 2008:

Objetivo: interpretación de los artículos 21 y 77 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, en conexión con los artículos 19 al 22 del mismo texto, para declarar que el derecho la no discriminación incluye a la orientación sexual.

5.3. Derecho y condiciones en el trabajo

a. Nombre: Reglamento de la Ley Orgánica del Trabajo/ Decreto N° 3.235.

Fecha: 20-1-1999

Objetivo: reglamento que regirá las situaciones y relaciones jurídicas derivadas del trabajo como hecho social, en los términos consagrados en la Ley Orgánica del Trabajo.

Alcance: Principio de no discriminación arbitraria en el empleo, por razones de género o preferencia sexual, condición social, raza, religión, ideología política, actividad sindical, o cualquiera otra fundada en criterios de relevancia incompatibles con el ordenamiento jurídico.

b. Nombre: Dictamen de INPSASEL sobre el uso de la prueba de VIH en el campo laboral.

Fecha: 08 de agosto de 2007

Objetivo: reconocer como una forma de discriminación la solicitud de las pruebas de anticuerpos contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en exámenes de pre-empleo como requisito para el ingreso a cualquier puesto de trabajo.

Alcance: Se considera, como una forma de discriminación contraria a los derechos humanos fundamentales amparados por nuestro ordenamiento jurídico, la práctica de pruebas de anticuerpos contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en exámenes de pre-empleo como requisito para el ingreso a cualquier puesto de trabajo o en cualquiera de los exámenes de salud periódicos durante la relación de trabajo.

c. Nombre: Dictamen 71 de la Consultoría Jurídica del Ministerio del Trabajo.

Fecha: 2005

Objetivo: reconocer el derecho de todos los trabajadores a la igualdad y no discriminación por razones fundadas en VIH y SIDA.

Alcance: “Reconocen y garantizan a todos los trabajadores el derecho a la igualdad y no discriminación. La discriminación por razones fundadas en el VIH/SIDA está prohibida por el ordenamiento jurídico vigente

e. Nombre: Resolución No. SG-439 del Ministro de Sanidad y Asistencia Social.

Fecha: 02 de septiembre de 1994

Objetivo: prohibir la práctica de la prueba de anticuerpos contra el VIH con fines discriminatorios en el lugar de trabajo y educación.

La implementación de políticas públicas sobre el derecho de no discriminación a los infectados por VIH/SIDA son muy importantes, existen algunas muy valiosas pero son necesarias más sobre todo en nuestro país.

La legislación sobre el derecho de la no discriminación de los infectados por VIH/SIDA es importante, bastantes países la tienen, lo mismo podemos afirmar sobre las políticas públicas emitidas en relación a este derecho, conviene resaltar los avances en políticas públicas tanto en Panamá como en Venezuela, no olvidemos que en nuestro país hace falta más legislación y políticas públicas sobre el derecho de la no discriminación de los infectados por VIH/SIDA.

I. DISCUSIÓN

¿Es posible evitar la discriminación?

En la presente tesis se investigó la discriminación de los infectados por VIH/SIDA en el escenario laboral, religioso, familiar, educativo, social y sanitario; y bajo diversas ópticas como son la conceptual, la moral, la jurídica y de políticas públicas.

La discriminación es el derecho a todos los derechos, no ser discriminado equivale a tener acceso a todos los derechos y libertades civiles, políticas y sociales estipuladas por nuestra constitución y declaraciones de la ONU. La discriminación puede interpretarse como una limitación injusta de las libertades y protecciones fundamentales de las personas, de su derecho a la participación social y política y de su acceso a un sistema de bienestar adecuado a sus necesidades. De esta manera, el derecho a la no discriminación se presenta como una suerte de derecho a tener derechos.

Existen dos maneras distintas de formular el derecho de la no discriminación: a) derecho a un “tratamiento igual”, que consiste en el derecho a una distribución igual de alguna oportunidad, recurso o carga, es lo que se puede denominar igualdad de trato, b) derecho a ser tratado como un igual, que es el derecho, a ser tratado con el mismo respeto y atención que cualquiera otro. .

Existen diversos documentos jurídicos que protegen el derecho a la no discriminación, como son el artículo primero de nuestra Constitución Política, el artículo 7º de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, sin olvidar convenciones y declaraciones internacionales donde se protege la no discriminación por motivos raciales, edad, capacidades diferentes, condición social o de salud, religión o creencias, opiniones, preferencias políticas y sexuales, y estado civil. Estos documentos tratan expresamente la discriminación racial, la prevención y sanción del crimen de genocidio, la represión y el castigo de apartheid, eliminación de la intolerancia religiosa, entre otras. Sin olvidar las distintas leyes emitidas por los Estados de nuestra República donde se prescribe expresamente la no discriminación. Algunos de estos documentos no sólo se refieren a la no discriminación en general sino también a la no discriminación de los infectados por VIH/SIDA que es el objeto de investigación de la presente tesis.

En los hechos, aunque el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) no existe hasta años después de que el portador fue contagiado por el VIH, sin embargo el simple hecho de saber que alguien está contagiado de VIH es motivo de discriminación dando motivos de exclusión. Se segrega al enfermo contagiado de VIH/SIDA mediante las connotaciones que se utilizan al hablar de su capacidad de afectar a otros: transmisión, contagio, infección. Esta exclusión social lleva a las personas con VIH a experimentar el estigma interno que las

conduce a los sentimientos de culpa y baja autoestima manifestados en la autoexclusión de espacios sociales, abandono de la familia y de sus amistades. Es evidente que existen otras conductas discriminatorias que se llevan a cabo a nivel laboral, sanitario, religioso, educativo y social

Ante el hecho de la discriminación de los infectados por VIH/SIDA nos preguntamos porque se da esta discriminación a pesar de que en el terreno jurídico se protege el derecho de la no discriminación, y que este derecho se encuentra reforzado por la aplicación de políticas públicas y el conocimiento de que la infección del VIH/SIDA sólo se da en determinadas relaciones genitales sin la protección adecuado.

Una posible respuesta, entre otras, a la existencia del estigma y la discriminación, es porque estos conceptos están íntimamente ligados al tejido de la sociedad, y a los esquemas del subconsciente que rigen la vida de sus miembros. El estigma es el sirviente del tabú, y es mediante los tabúes, profundamente arraigados en la conciencia individual y colectiva. Así la discriminación se da porque las instituciones o los grupos sociales intentan protegerse del daño, del peligro, y de la influencia destructora de “los diferentes”, de “los otros”.

De todos los elementos tanto de nuestra cultura como de la moral religiosa, los que son más proclives a ser tabú son el sexo, la sexualidad y el género. Estos conceptos se encuentran inmersos en la sociedad porque la cultura occidental ha sido modelada a través de los siglos por pensadores cristianos iniciando con Agustín de Hipona, el papa Gregorio Magno y últimamente por los documentos papales de Pio XI y Pio XII, y el Catecismo Católico, todo esto ha influido en la formación de la moral religiosa, donde entre otras cosas, las relaciones sexuales deben llevarse a cabo solamente para la generación y dentro del matrimonio como consecuencia las relaciones homosexuales se les designa con los calificativos de actos “desordenados” y “contrarios a la ley natural”, estos calificativos son expresiones homofóbicas que unen homosexualidad, infección de VIH/SIDA y pecado, y como consecuencia esta infección, como enfermedad mortal, se asume de manera oculta porque se le considera como algo vergonzoso, debido a los juicios morales y prejuicios sociales que se convierten en una importante fuente de estigmatización y discriminación. Así en la óptica de la moral religiosa, la discriminación se convierte en un instrumento de dominación de los integrantes de una sociedad para castigar a los “desviados” o a los que son “diferentes”.

Diversas encuestas confirman la realidad de la discriminación en diversos escenarios como son el laboral, el religioso, el sanitario y el social, entre ellas podríamos citar, entre otras, la 5ª Encuesta Nacional sobre Cultura Política y Prácticas Ciudadanas, (ENCUP 2012) de la Secretaría de Gobernación que al abordar el tema de la “Discriminación en México” encuentra que el grupo más vulnerable a la discriminación después de los adictos (68.91 %) son los infectados

por SIDA (38.77 %). Así también, la “Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, ENADIS 2010”, cuyos resultados publicados por CONAPRED nos indican que el grupo de infectados por VIH/SIDA es discriminado con un 35.9 %, luego del grupo de lesbianas con un 44.1 % y de los homosexuales con un 43.7 %. La discriminación se manifiesta en los hechos como cuando las compañías aseguradoras excluyen de su oferta de seguros a los infectados por este virus, o bien los incluyen en “Enfermedades y tratamientos en período de espera”. Es evidente que existen otros hechos y otros escenarios que nos demuestran la existencia de la discriminación de este grupo vulnerable.

Los datos analizados en el capitulo del presente trabajo confirman que la mayoría de las personas con VIH y SIDA siente y sufre discriminación y estigma. Esto, según sus percepciones, se debe a que la población en general aún no comprende los mecanismos de transmisión del VIH. El estigma y la discriminación se generan colectivamente, surgen de valores, prejuicios y tabúes compartidos. La historia indica que “etiquetar y culpar” es una etapa común cuando se presentan las epidemias. La ignorancia ante lo desconocido genera la correspondiente urgencia de encontrar un chivo expiatorio al que culpar del desastre. Lo más probable es que estos chivos expiatorios pertenezcan a grupos de una cultura o una institución particular ya estigmatizada.

La discriminación, como conducta, es consecuencia del estereotipo como componente cognitivo y del prejuicio como componente afectivo. Los estereotipos en esencia son creencias referidas a grupos, que a su vez se crean y comparten en y entre los grupos dentro de una cultura; son el conjunto de atributos asignados a un grupo o categoría social. Las creencias sustentan los valores, que a su vez son los que impulsan a realizar acciones o bien a propiciar que algo suceda. Si la persona cambia sus creencias es casi seguro que podrá cambiar sus conductas. Si la educación sexual es capaz de cambiar las creencias sobre el sexo, la sexualidad, el género y sobre la orientación sexual, entonces mediante la educación sexual es posible disminuir el contagio de VIH/SIDA y al hacerlo influir indirectamente a decrementar la discriminación contra los infectados del virus del VIH.

ONUSIDA ha documentado programas exitosos de educación sexual con notables resultados en la disminución de actitudes, prejuicios y discriminación contra los infectados de VIH/SIDA. Aquí sólo se citarán unos pocos.

El documento denominado “Orientaciones técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad”, (ONUSIDA, 2010), con enfoque basado en evidencia orientado a escuelas, docentes y educadores de la salud. Este estudio incluyó 87 estudios de todo el mundo, de los cuales 29 corresponden a países en desarrollo, 47 a los Estados Unidos y once a otros países desarrollados. En estas Orientaciones se encuentran respuestas a algunas inquietudes comunes sobre la educación en sexualidad como son el propiciar una temprana iniciación en la

actividad sexual, privar a los niños y niñas de su inocencia, estar en contra de la cultura y la religión, es sólo obligación de los padres de familia, y los maestros y maestras pueden carecer de las competencias necesarias o bien sentir incomodidad y temor. El impacto de la educación sexual se refleja en el comportamiento sexual, así lo demostraron los diversos programas implementados.

En la página 15 del primer volumen de este documento encontramos los resultados de 87 programas de educación en sexualidad: retardó el inicio de la actividad sexual en un 37 %, redujo la frecuencia de la actividad sexual en un 31 %, disminuyó el número de parejas sexuales en un 44 %, aumentó el uso del condón y el uso de anticonceptivos en un 40 %, y decrementó los comportamientos sexuales de riesgo en un 53 %.

Para responder a la pregunta concreta: ¿Cómo podemos luchar contra la discriminación de los infectados de VIH/SIDA?, ONUSIDA publicó el “Marco conceptual y base para la acción: Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA” en la “Campaña Mundial contra el SIDA 2002-2003”. En este documento se citan algunas acciones y respuestas con éxito en relación de cómo responder al estigma, como son: divulgación de la información; adquisición de aptitudes para sobrellevar la enfermedad; programas para el fomento de una mayor implicación de las personas con el VIH/SIDA; y vigilancia de las violaciones de los derechos humanos y la creación de un entorno jurídico propicio que permita a las personas hacer frente a la discriminación.

La implementación de las medidas anteriormente enunciadas ha obtenido resultados bastante positivos: en Israel y Jamaica ha fomentado actitudes positivas por medio de la educación; en Uganda y Zimbabue se combinan los enfoques basados en la información con el asesoramiento; en Tanzania se llevó a cabo un programa de dos a tres meses de información relacionada con el SIDA, debates en pequeños grupos y escenificación de situaciones para mejorar los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los niños de las escuelas primarias. El seguimiento realizado 12 meses más tarde demostró que las actitudes hacia las personas con el VIH/SIDA habían mejorado de modo significativo.

ONUSIDA en 2008 editó “Reducir el estigma y la discriminación por el VIH: una parte fundamental de los programas nacionales del SIDA”. En este documento se propone promover enfoques que traten las causas originales del estigma y las principales preocupaciones de las poblaciones afectadas; entre las causas aducidas se encuentra la falta de sensibilización y conocimientos sobre el estigma y la discriminación y sus efectos nocivos.

En el documento citado de ONUSIDA se sugiere reducir el estigma y la discriminación por el VIH/SIDA mediante sensibilización acerca de qué son el estigma y la discriminación mediante una combinación de educación participativa,

que estimule el diálogo, la interacción y el pensamiento crítico; y campañas en los medios masivos de comunicación. Entre las estrategias referidas se encuentra la enseñanza actualizada sobre el VIH, y actividades que fomenten la interacción directa o indirecta entre las personas que viven con el VIH y los destinatarios clave; así en el África Subsahariana, se puso en marcha un programa de capacitación regional con el conjunto de herramientas “Understanding and Challenging HIV Stigma: A Toolkit for Action” (Comprender y hacer frente al estigma del VIH: un conjunto de herramientas para la acción). De acuerdo a ONUSIDA este programa ha demostrado su eficacia en Belarús, India, Tailandia, Brasil, Namibia, Uganda, Caribe, Sudáfrica, Venezuela, China, África subsahariana, Viet Nam, Haití, Tanzania y Zambia

ONUSIDA publicó en 2005 en su Colección “Prácticas Óptimas”, el documento denominado “Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH. Estudios de caso de intervenciones exitosas”. Ahí se puede encontrar la siguiente intervención exitosa basada en la educación:

En la Universidad de Pretoria, Sudáfrica, se creó en 1999 un proyecto denominado “*Centro para el Estudio del SIDA (CSA) de la Universidad de Pretoria, Sudáfrica*” para asegurar que la universidad fuera capaz de planificar y afrontar el impacto del SIDA.

A este fin se emprendieron diversas acciones entre otras:

- Colaborar con el Centro pro Derechos Humanos de la Universidad para asegurar que la Universidad mantenga su compromiso de luchar contra el racismo, el estigma y los prejuicios allí donde aparezcan.
- Implementar un programa educativo para los estudiantes que sitúa el SIDA dentro de los debates críticos y más generales sobre raza y racismo, cultura, clase y sexo.
- Implementar el «Proyecto para el Desarrollo de Conocimientos entre los Jóvenes» durante tres años. Su finalidad es dotar a jóvenes marginados con los conocimientos teóricos y prácticos que necesitan para asumir la atención, apoyo y tratamiento del SIDA.
- Ofrecer un programa de formación para el personal académico y no académico y los estudiantes de todas las facultades, junto con formación institucional sobre modelos de educación inter pares, asesoramiento y apoyo, y políticas en el lugar de trabajo.
- Realizar esfuerzos de divulgación en la comunidad, con centros sobre el SIDA en tres campus satélite de la universidad situados en zonas rurales.

Entre otros resultados obtenidos se encuentran:

- Introducir la problemática del SIDA en los programas de educación superior, incluidas las carreras de derecho, agricultura e ingeniería,

- Contemplar al SIDA como un aspecto esencial de todos los procesos de formulación de políticas y toma de decisiones por parte del personal directivo superior en la Universidad.

La alta visibilidad del programa y el trabajo de los empleados contratados como parte de la iniciativa MPPVS han contribuido significativamente a

- Cambiar las actitudes del personal y los estudiantes,
- Crear un entorno en el que se reconozca el SIDA como parte integral de la función de la Universidad.
- El número de estudiantes que participan en los cursos de formación ha aumentado espectacularmente,
- Crear una Unidad de Investigación sobre SIDA y Derechos Humanos, al frente de la cual se encuentra un profesor de SIDA y derechos humanos.

Por su parte CONAPRED (2005), en México, elaboró un “Curso taller sobre el derecho a la no discriminación de las personas con VIH-SIDA”, con una duración aproximada de 24 horas, con “El propósito fundamental de estos cursos taller es propiciar la reflexión y sensibilizar a los destinatarios, con un sentido educativo de prevención y denuncia, sobre los costos que han tenido las prácticas discriminatorias en nuestra sociedad.”

Para promover respuestas eficaces para eliminar o decrementar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA son necesarias intervenciones múltiples para poder enfrentar el vínculo íntimo entre el estigma, la discriminación y las violaciones de los derechos humanos; esta labor debe realizarse simultáneamente y principalmente en comunicación y educación para alentar una mejor comprensión, acción e intervención para establecer un contexto de políticas más equitativo.

II. CONCLUSIONES

Se establecen las conclusiones finales producto del trabajo en su totalidad.

- No existe duda alguna de que la discriminación relacionada con el VIH/SIDA persiste en el campo social, familiar, religioso, sanitario, laboral y educativo. Es un fenómeno complejo; las estadísticas son sólo indicadores de su magnitud numérica, sin embargo es muy difícil conocer la magnitud de sus repercusiones emocionales.
- El VIH se distingue del SIDA en que el VIH se refiere al contagio del retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario y destruye o daña su funcionamiento. El término SIDA se aplica para las etapas más avanzadas de la infección por el VIH, momento en el que se manifiesta alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o cánceres relacionados con el VIH.
- Las nuevas infecciones por VIH en 2010 son menores en un 15 % a las de 2001. El número de personas que viven con VIH en 2010 es 17% más que en 2001. Esto refleja una expansión significativa del acceso al tratamiento antirretrovírico, que ha ayudado a reducir las muertes relacionadas con el SIDA, especialmente en los últimos años.
- En la actualidad se sabe que el SIDA no se cura, esa percepción de muerte es el detonador para que emerjan miedos y prejuicios que giran en torno al concepto de vida y muerte. Lo cual propicia la discriminación.
- Las recomendaciones de la CNDH y la CDHDF, los estudios y documentos de CONAPRED, las encuestas realizadas tanto por CONAPRED como por la SG, las investigaciones realizadas por universidades e investigadores, y las noticias que aparecen en los periódicos nos confirman sobre la gravedad de la existencia de la discriminación de los infectados por VIH/SIDA.
- A través del tiempo la moral religiosa, siguiendo a San Pablo, posteriormente a San Agustín y después a los documentos papales y el Catecismo Católico establece que la expresión sexual deberá tener como fin la reproducción; evitar el placer; y deberá darse dentro de la institución matrimonial “bendecida por Dios”.
- Cualquier expresión sexual distinta a la establecida por la moral religiosa es calificada como “antinatural”, “anormal”, “sucias”, “enferma”; estas expresiones son dispositivos que favorece el control sexual sobre las personas apoyando la creencia general de que los infectados por VIH/SIDA lo son por ser homosexuales y como consecuencia se propicia la discriminación.
- En la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de 1948 y en Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial de la ONU, existen dos maneras distintas de formular los derechos

de no discriminación: la primera es el derecho a un “tratamiento igual”, y la segunda consiste en el “derecho a ser tratado como un igual”.

- El concepto de dignidad humana es difícil de definir, sin embargo constituye la suma de las virtudes y atributos humanos; es un valor central, del que emanan la justicia, la vida, la libertad, la igualdad, la seguridad y la solidaridad, valores que determinan el derecho a la no discriminación
- El sistema de protección y promoción de los derechos humanos implementados en el marco de las Naciones Unidas ha tenido al derecho a la no discriminación como uno de sus ejes centrales.
- En la República Mexicana tanto a nivel nacional como estatal la legislación referente al derecho de la no discriminación de los infectados por VIH/SIDA es mínima, esto a pesar de que la epidemia del VIH/SIDA es un problema de salud pública.
- Las políticas públicas propuesta por el gobierno federal de la República Mexicana respecto al derecho de no discriminación en su “Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012” carecen de acciones incluyentes e igualitarias en lo que se refiere a los infectados por VIH/SIDA. Lo mismo se puede afirmar con respecto a este tema en el “Programa Nacional de Salud 2007-2012”
- Si a nivel nacional se consideran muy pocas las políticas públicas referentes al derecho de no discriminación de los infectados por VIH/SIDA en los estados de la República son mucho menos, la excepción es el Distrito Federal. Por lo que se puede afirmar que es necesario implementar en nuestro país las políticas públicas pertinentes para hacer viable este derecho.
- Los datos analizados anteriormente confirman que la mayoría de las personas con VIH y SIDA siente y sufre discriminación y estigma. De acuerdo a las percepciones de los infectados se debe a que la población en general aún no comprende los mecanismos de transmisión del VIH.
- Esta exclusión social lleva a las personas con VIH a experimentar el estigma interno que las conduce a los sentimientos de culpa y a la baja autoestima en particular, manifestados en la autoexclusión de espacios sociales, el abandono de la familia y de sus amistades.
- Para promover respuestas eficaces al estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA la labor debe realizarse simultáneamente en varios frentes: comunicación y educación para alentar una mejor comprensión, acción e intervención para establecer un contexto de políticas más equitativo.
- El objetivo fundamental es esforzarse por llegar a una acción basada en la comprensión, una acción que promueva modelos de conducta más igualitarios en relación con el género.

REFERENCIAS

BIBLIOGRAFÍA

- Abbagnano, N. (1985). Diccionario de Filosofía. Segunda edición. Cuarta reimpresión. México. Editorial Fondo de Cultura Económica.
- Becker, H. (1971). Los Extraños. Sociología de la Desviación. Argentina. Editorial Tiempo Contemporáneo.
- Biblia de Jerusalén. (1967). Belgium. Editorial Desclée de Brouwer, Bruxelles.
- Cárdenas B, L. & Ballesteros S., B. (2003) SIDA, lo que todos debemos saber. México. Editorial Trillas.
- De Rosa, P. (1991). Vicarios de Cristo. La cara oculta del Papado. México, D. F. Ediciones Roca.
- Dufour X. (1965). Vocabulario de Teología Bíblica. Barcelona. España. Editorial Herder.
- Durkheim, E. (2011). La educación moral. México. Colofón.
- Escalante, G., F. (2011). Ciudadanos imaginarios. México. El Colegio de México.
- Foucault, M. (2002). Historia de la Sexualidad. 1-la voluntad de saber. Vigésimo novena edición. México. Editorial Siglo XXI.
- Girard G. (1986). El chivo expiatorio. Barcelona. España. Editorial Anagrama.
- Goffman, E. (2006). Estigma. Buenos Aires. Argentina. Amorrortu Editores.
- Hanks, T. (2001). El evangelio subversivo. Cd. de México. Otras ovejas.
- Morales, J. F., Gaviria, E., Moya, M. C. & Cuadrado, I. (2007). Psicología social. Madrid. España. Editorial Mc Graw Hill.
- Núñez N., G. (2000). Sexo entre varones. México. UNAM & Miguel Ángel Porrúa.
- Pimental Á., J. (1999). Breve Diccionario Porrúa. Latín-Español, Español-Latín. México. Editorial Porrúa.
- Rufo M. (1950). Diccionario Griego Español. 2ª edición. Madrid. España. Editorial Razón y Fe.
- Santo Tomás de Aquino. (1265-1273/2001). Suma Teológica. Cuarta edición. Madrid. España. Editorial Biblioteca de Autores Cristianos.

CIBERGRAFÍA

- Acción solidaria. (2011). El derecho a la no discriminación por VIH en Venezuela. Caracas, Venezuela. Consultada en junio 7 de 2012 en <http://www.portalsida.org/repos/70129578-El-Derecho-a-la-No-Discriminacion-por-VIH-en-Venezuela-Informe-AcSol-Septiembre-2011.pdf>
- Acta Odontológica Venezolana. (2012). Nivel de conocimiento y actitud de los odontólogos hacia portadores de VIH/SIDA. Consultada en octubre 27 de 2012 en http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/2/nivel_conocimiento_actitud.asp

- Administración Pública del Distrito Federal. Jefatura de Gobierno. (2012). Ley para la Prevención y Atención Integral del VIH/SIDA del Distrito Federal. Consultada en agosto 9 de 2012 en <http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Leyes/atencionDF.pdf>
- Aggleton, P., Parker, R. & Maluwa, M. (2002). Estigma y Discriminación por VIH y SIDA: Un Marco Conceptual e Implicaciones para la Acción. Consultada en abril 2 de 2012 en: <http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/b1/Discriminaci%F3n%20por%20VIH.pdf>,
- Alfonso P., I. (2007). La teoría de las representaciones sociales. En busca de la génesis de las representaciones sociales. Instituto Superior Politécnico “José Antonio Echeverría”. Cuba. Consultada en junio 9 de 2012 en http://www.psicologia-online.com/articulos/2007/representaciones_sociales.shtml
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1998). Ley General del VIH/SIDA de la República de Costa Rica. Consultada en junio 26 de 2012 en <http://www.hsph.harvard.edu/population/aids/costarica.aids.98.pdf>
- Ayelén, C., S. (2010). SIDA: una enfermedad cuya principal causa y consecuencia es la discriminación. Diálogos de Derecho y Política. Revista Electrónica. Facultad de Derecho y Ciencias Políticas. UBA, núm. 4, año 2. Consultada en abril 23 de 2012 en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/derypol/article/viewFile/7897/7506>.
- Barragán, F. (S/F). Sexualidad, educación sexual y género. Junta de Andalucía. Consejería de Educación y Ciencia e Instituto Andaluz de la Mujer. Consultada en diciembre 20 de 2012 en <http://www.juntadeandalucia.es/averroes/html/adjuntos/2008/02/05/0001/adjuntos/afecsex1.pdf>
- Bonfil O., M. (2012). ¿Por qué seguimos creyendo tarugadas? Dirección General de Divulgación de la Ciencia. UNAM. Milenio Diario, agosto 15 de 2012. Consultada en agosto 23 de 2012 en <http://lacienciaporgusto.blogspot.mx/2012/08/por-que-seguimos-creyendo-tarugadas.html>
- Brouwer de Koning, A. (2007.) “El concepto de dignidad humana y su recepción normativa”, consultada al 10 de junio de 2012 en: <http://www.monografias.com/trabajos17/dignidad-humana/dignidad-humana.shtml>
- Cabarríos A. (2008). Filosofía Moderna. 6. La Ilustración. Consultada en febrero 4 de 2013 en <http://www.slideshare.net/adelablancabarrios/filosofa-moderna-6-la-ilustracin>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis. 2012. Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Consultada en diciembre 21 de 2012 en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262.pdf>
- Cano, A. (2010), El Machismo nos expone al VIH. La Boletina. Edición 80. 2010. Nicaragua. Consultada en enero de 2012 en <http://www.puntos.org.ni/index.php/es/ediciones-boletina/boletina-edicion-80/el-machismo-nos-expone-al-vih.html>

- Carrascosa, S. (2006). Una cara más de la homofobia. Diagonal del 25 de mayo al 7 de junio de 2006. Consultada en octubre 30 de 2012 en <http://es.scribd.com/doc/19637769/Diagonal-n-31-mayojuenio-200>
- Castro P., R. (1988). Aspectos psicosociales del SIDA: Estigma y Prejuicio. Salud Pública Mex 1988, 30:629-634. Consultada en el 6 de julio de 2012 en <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/dd5243.pdf>
- Catecismo de la Iglesia Católica. (1992). Consultada en septiembre 14 de 2012 en http://www.vatican.va/archive/catechism_sp/p3s2c2a6_sp.html
- Catedra extraordinaria Benito Juárez. UNAM. (2013). Carta Laica. Consultada el 7 de febrero de 2013 en <http://www.juridicas.unam.mx/invest/docen/CatedraBJ/CartaLaica.pdf>
- CENSIDA: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA**
- Casos acumulados de SIDA, por año de diagnóstico y notificación. (2012). Consultada en octubre 6 de abril 2013 en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_Cierre_2012.pdf
 - El VIH/SIDA en México 2011. Numeralia epidemiológica. Consultada en mayo 23 de 2012 en http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/NUMERALIA_SIDA_2011.pdf
 - Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 31 de Marzo del 2012. Consultada en mayo 8 de 2012 en http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2012/casos_acumulados_marzo2012.pdf
- CDHDF. (2010). Boletín 376/2010. Consultada el 19 de marzo de 2012 en <http://www.cd hdf.org.mx/index.php/boletines/626-boletin-3762010>
- CDHDF. (2009). CDHDF alerta sobre aumento de la discriminación y la intolerancia hacia las personas que viven con VIH/SIDA Boletín 308/2009. Consultada en noviembre 13 de 2012 en <http://www.cd hdf.org.mx/index.php/boletines/853-boletin-3082009>
- CDHDF. (2009). Entrevista al doctor Luis González Plasencia, después de la presentación del *programa “VIH/SIDA y derechos humanos”* Consultada en febrero 13 de 2013 en http://portaldic10.cd hdf.org.mx/index.php?id=trans_101109
- CDDH-Nayarit, Org. Di “No” a la discriminación. Consultada en 14 de junio de 2012 en <http://www.cddh-nayarit.org/archivos-pdf/triptico-discriminacion.pdf>
- CDHDF. (2010). Recibió la CDHDF 56 quejas en agravio de las personas que viven con VIH/SIDA en los últimos 10 meses. Boletín 376/2010. Consultada en noviembre 14 en <http://www.cd hdf.org.mx/index.php/boletines/626-boletin-3762010>
- CNDH. (2011). El VIH y los pueblos indígenas. Consultada en noviembre 13 de 2012 en <http://www.cndh.org.mx/node/594>
- CNDH. México. (2011). VIH/SIDA y Derechos Humanos en México: el caso de los militares. Consultada en noviembre 12 de 2012 en <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Miradas-INACCSS.pdf>
<http://www.cndh.org.mx/node/594>

Coalición ecuatoriana de personas que viven con VIH/SIDA en Ecuador. (2010). El VIH no discrimina... ¡no lo hagas tú! Consultada el 17 de diciembre de 2012 en <http://www.coalicionecuatoriana.org/pdfs/FOLLETOESTIGMA.pdf>

CONAPRED: Centro Nacional para la prevención y control del VIH/SIDA.

- Analizan impacto de estigma en hombres con VIH y su capacidad para enfrentarlo. (2012). Consultada en noviembre 13 de 2012 en http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=noticias&id=2491&id_opcion=273&op=448
- Arango. M. C. (2005) Curso Taller sobre El derecho a la no discriminación de las personas con VIH SIDA. Consultada en diciembre 31 de 2012 en http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/CT_VIH.pdf
- Diagnóstico de la Discriminación en el Estado de Oaxaca. (2008) Dirección General Adjunta de Estudios, Legislación y Políticas Públicas. Documento de Trabajo No. E-18-2008. Consultada en agosto 7 de 2012 en <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/lgamv/v/CONAPRED/conapred04.pdf>
- Discriminación hacia personas que viven con VIH/SIDA y personas adultas mayores por parte de las empresas aseguradoras en México. (2007). Consultada en noviembre 2 de 2012 en http://conapred.dynalias.net/documentos_cedoc/E-10-2006.pdf
- Discriminación en México. Consultada en julio 1º de 2012 en http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=425&id_opcion=434&op=434
- El VIH/SIDA en México 2009. (1ª edición). México. (p. 4). Consultada en noviembre 19 de 2011 en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/VIHSIDAenMexico2009.pdf>.
- Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, ENADIS 2010. México. Consultada en abril 23 de 2012 en: <http://www.conapred.org.mx/>.
- Falta cultura de la denuncia a portadores VIH y personas discriminadas. (2012). Fuente Milenio. Consultada en enero 22 de 2012 en http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=noticias&id=2105&id_opcion=388&op=448
- Miradas a la discriminación. Frenk, J. (2012). La lucha en México contra la discriminación de las personas con VIH/sida. Consultada en noviembre 13 de 2012 en www.conapred.org.mx/userfiles/files/Miradas-INACCSS.pdf
- Quienes somos. Consultada en junio 20 de 2012 en <http://www.conapred.org.mx/>
- Programa Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación. (2010-2012). Consultada en agosto 8 de 2012 en http://www.google.com.mx/search?sourceid=navclient&hl=es&ie=UTF-8&rlz=1T4GGHP_esMX440MX440&q=Programa+Nacional+para+Prevenir+y+Eliminar+la+Discriminaci%c3%b3n+%28pnped%29
- Reporte sobre la Discriminación en México 2012. Trabajo. Consultada en octubre 29 de 2012 en http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Reporte_2012_Trabajo.pdf

CONASIDA: Consejo Nacional para Prevención y Control del SIDA. Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del UNGASS. (2010). México. Consultada en mayor 5 de 2012 en

www.unaids.org/es/dataanalysis/.../2012countries/file,68403,es..pdf

- Conferencia del Episcopado Mexicano. (2008). Comisión Episcopal para la Pastoral Social. Esperanza de vida. Consultada en 22 de enero de 2013 en http://www.pastoralsida.com.ar/paginas_internas/documentos/fe_en_accion.pdf
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2012). Consultada en abril 2 de 2012 en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>
- Costa Rica. (1999.) Reglamento de la Ley General sobre VIH-SIDA 1999. NATLEX. Consultada en diciembre 24 de 2012 en <http://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/WEBTEXT/53791/65169/S99CRI01.htm>
- Crónica. (2008). Crónica Hidalgo. El Machismo factor de Contagio de VIH en mujeres: OMS. Consultada en julio 14 de 2012 en http://www.cronica.com.mx/nota.php?id_nota=377068
- Durkeim, E. (1982). La enseñanza de la moral en la escuela primaria. Sociología año 17. Año 50. Septiembre-diciembre 2002, consultada en enero 21 de 2013 en <http://sociologicahumanitatis.files.wordpress.com/2009/10/durkheim-emile-la-division-del-trabajo-social.pdf>
- Esteves, F. (2010). Barebacking o montar a pelo: una práctica que no beneficia a nadie. Consultada en octubre 7 de 2011 en <http://minimosymaximos.blogspot.mx/2010/12/barebacking-o-montar-pelo-una-practica.html>
- Fuster R. de A., M. J., (2011). La percepción del estigma en las personas con VIH: sus efectos y formas de afrontamiento. Tesis doctoral. Madrid. Consultada en junio 6 de 2012 en <http://www.sidastudi.org/es/registro/d25f08042fc14bd8013049f5c29300be>
- Fundación Vencer & UNFPA. (2010). Índice de Estigma en Personas que viven con VIH/SIDA en Paraguay. Pág. 6. Asunción, Paraguay. Consultada en julio 20 de 2012 en <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD10649.pdf>
- Gobierno del Estado de Veracruz. (2008). Ley para enfrentar la epidemia del VIH-SIDA en el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave. Consultada en junio 29 de 2012 en <http://www.uv.mx/cendhiu/documents/VERLEY123.pdf>
- Gaceta Parlamentaria, Cámara de Diputados, número 2646-II, martes 2 de diciembre de 2008. Iniciativa de Ley General sobre VIH/SIDA. Consultada en junio 26 de 2012 en <http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/60/2008/dic/20081202-II.html>
- Gala G., A., Berdasquera C., D., Pérez Á., J., Pinto V., J., Suárez V., J., Joanes F., J., Sánchez, L., Aragonés L., C. & Díaz G., M. (2007). Dinámica de adquisición del VIH en su dimensión social, ambiental y cultural. Rev. Cubana Med Trop 2007;59(2):90-7. Consultada en abril 24 de 2012 en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mtr/v59n2/mtr03207.pdf>.
- González P., D. A. (2007). VIH/SIDA. Pág. 2. Monografías.com. Consultada el 24 de mayo de 2012 en <http://www.monografias.com/trabajos55/vih-sida/vih-sida2.shtml>
- Goss, R. (2002). Haciendo a Jesús Queer: Más allá del Reformador Activista. Consultada en julio 14 de 2012 en <http://www.fundotrasovejas.org.ar/Libros/Otros%20libros/Robert%20Goss.pdf>
- Hernández, D. & Martínez, R. (2008). La otra migración. Historias de discriminación de personas que vivieron con VIH en México. Salud Mental, julio-agosto año/vol. 31,

- número 004. Págs. 253-260. Consultada en octubre 30 de 2012 en <http://www.die.cinvestav.mx/Portals/0/SiteDocs/Investigadores/DHernandez/ArtInve stigacion/La%20otra%20migracion.pdf>
- Henry, S., K. (2002). Estereotipos ponen en peligro la salud sexual. Network en español. 2002, vol.21, no.4 consultada en mayo 30 de 2012 en http://www.fhi360.org/sp/rh/pubs/network/v21_4/nwvol21-4gendroles.htm
- IPS. (2011). Ross G. Pacientes mejor atendidos pero discriminados. SIDA- CHINA. Consultada en enero 27 de 2013 en <http://ipsnoticias.net/nota.asp?idnews=98298>
- Kauffer M., (2012). Las políticas públicas: algunos apuntes generales. Consultada en agosto 4 de 2012 en http://conferenciapesmexico2012.com/memorias/wp-content/themes/tema_memorias_confpes2012/downloads/Cursos/LA_PROMOCION_DE_LA_SALUD_EN_LAS_POLITICAS_PUBLICAS/Materiales_y_documentos/Apuntes%20sobre%20pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas.pdf
- Kropotkin, P. (1922). Origen y Evolución de la moral. Prologo. Pág. 3. Consultada en noviembre 3 de 2012 en http://www.antorcha.net/biblioteca_virtual/filosofia/moral/1.html
- Lahera P., E. (2004). Política y Políticas Públicas. Naciones Unidas. Págs. 7, 8. CEPAL. División de Desarrollo Social. Santiago de Chile. Consultada en agosto 10 de 2012 en <http://cgpp.app.jalisco.gob.mx/images/politicaspUBLICAS.pdf>
- La Jornada. (2008). Se discrimina en Matamoros a enfermos de SIDA. Matamoros, Tamaulipas. 23 de junio de 2008. Consultada en http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=noticias&id=1330&id_opcion=388&op=448
- La jornada. (2010). Necesarias, políticas públicas contra la discriminación a portadores de VIH. Consultada en enero 22 de 2013 en <http://archivo.lajornadamichoacan.com.mx/2010/07/21/index.php?section=politica&article=007n1po>
- Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA. Nicaragua. Consultada en junio 26 de 2011 en http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_127761.pdf
- Lewis, S. (2012). VIH/SIDA en México: El Perfil Epidemiológico. México Social. Consultada el 23 de mayo de 2012 en <http://mexicosocial.org/colaboradores/vision-experta/sarah-lewis/item/448-vih/-sida-en-m%C3%A9xico-primera-parte-el-perfil-epidemiol%C3%B3gico.html>
- Ley de VIH/SIDA de la República Dominicana. (2011). Consultada en junio 26 de 2012 en http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_164853.pdf
- Martínez, J. M. (2004). Sobre el pecado, la culpa y el perdón. Pensamiento Cristiano. Consultada en septiembre 16 de 2012 en <http://www.pensamientocristiano.com/Mes/200410.shtml>
- Miradas y voces. Consorcio. (2007). Derechos de los niños y niñas viviendo con VIH. Programa "Cerrando Brechas: Hacia el logro de los Objetivos del Milenio en TB y VIH en el Perú". (p.4, 7). Perú. Consultada en abril 25 de 2012 en: http://www.cepesju.org/mat_new/obj2vih_vr/brochure_act2_obj2vr.pdf

Montano, Pedro J. (2007) "La Dignidad Humana como Bien Jurídico Tutelado por El Derecho Penal", Profesor Agregado de Derecho Penal Universidad de la República – Uruguay, consultada al 20 de mayo del 2012 en:
<http://www.unifr.ch/derechopenal/articulos/pdf/Montano2.pdf>

Moral, J. & Segovia, M. P. (2011). Discriminación en mujeres con VIH/SIDA. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2011, 2(2): 187. Consultada en noviembre 14 de 2012 en
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=245118507004>

Muñoz, N. (2010). Ética y moral; aproximación semántica. Consultada en mayo 18 de 2013 en <http://confilosofia.wordpress.com/tag/semantica/>

Naciones Unidas.

- Conferencia Mundial de Derechos Humanos en Viena. (1993). Declaración y Programación de Acción de Viena. Consultada en octubre 14 de 2012 en http://www.catedradh.unesco.unam.mx/BibliotecaCEDAW/menu_superior/Doc_basicos/1_instrumentos_universales/1%20Declaraciones/6.pdf
- Convención Americana sobre Derechos Humanos: Pacto de San José de Costa Rica.- Aprobada por el Senado el 18 de diciembre de 1980, entró en vigor en México el 24 de marzo de 1981. Consultada en diciembre 21 de 2012 en http://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.htm
- Declaración Universal de los Derechos Humanos. (1948). Art. 7º. Consultada en julio 8 de 2012 en <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- Ejecutar la Declaración del Milenio. (2002). Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas. Consultada en agosto 11 de 2012 en <http://www.cinu.org.mx/prensa/especiales/ObjetivosDesarrollo/Factsheet1SP.PDF>
- Jefes de Gobierno o Representantes de los 42 Países reunidos en París (1994). Declaración de la Cumbre de París sobre el SIDA. Consultada en julio 2 de 2012 en <http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Programas/VIH/Otras%20Publicaciones%20de%20interes%20relacionados%20con%20el%20VIH/ONU/Declaracion%20Cumbre%20de%20Paris%20sobre%20SIDA.pdf>
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (1969). Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial. Artículo 1º, párrafo 1. Consultada en julio 8 de 2012 en <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cerd.htm>
- Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2010). Políticas Públicas y Presupuestos con Perspectiva de Derechos Humanos. Págs. 11-14. Consultada en agosto 10 de 2012 en <http://www.hchr.org.mx/Documentos/Libros/2011/L280211PPDH.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2010). Orientaciones técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad. Consultada en diciembre 24 de 2012 en <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281s.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2012). Preguntas y respuestas sobre el VIH/SIDA. Consultada en mayo 19 de 2013 en <http://www.who.int/features/qa/71/es/>

ONUSIDA

- Campaña Mundial contra el SIDA 2002-2003. Marco conceptual y base para la acción: estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA. Consultada en diciembre 25 de 2012 en http://data.unaids.org/publications/IRC-pub02/jc891-wac_framework_es.pdf

- Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos. Ginebra. (2006). Consultada en julio 2 de 2012 en http://data.unaids.org/pub/Report/2006/jc1252-internationalguidelines_es.pdf
- Información básica sobre el VIH. (2008). Consultada el 24 de mayo de 2012 en http://www.unaids.org/en/media/unaid/contentassets/dataimport/pub/factsheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_es.pdf
- Informe mundial de avances en la lucha contra el SIDA. Consultada en octubre 5 de 2013 en <http://www.unaids.org/es/dataanalysis/knownyourresponse/globalaidsprogressreporting/>
- Informe de ONUSIDA para el Día Mundial del SIDA-2011. Consultada en julio 15 de 2012 en http://www.unaids.org/en/media/unaid/contentassets/documents/unaidpublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_es.pdf
- Marco Conceptual y Base para la Acción: Estigma y Discriminación relacionados con el VIH/SIDA. ONUSIDA. (2002). Consultada en abril 25 de 2012 en: http://data.unaids.org/publications/IRC-pub02/jc891-wac_framework_es.pdf.
- "Orientaciones técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad" (2010). Consultada en abril 14 de 2013 en <http://www.observatoriocentroamericanovih.org/doks/unesco-orientaciones-educacion-sexualidad.pdf>
- Protocolo para la identificación de discriminación contra las personas que viven con el VIH. (2001). Pág. 23-28 Ginebra. Suiza. Consultada en junio 11 de 2012 en http://data.unaids.org/publications/IRC-pub01/jc295-protocol_es.pdf
- Quienes somos. Consultada en julio 20 de 2012 en <http://www.unaids.org/es/aboutunaid/unitednationsdeclarationsandgoals/>
- Reducir el estigma y la discriminación por el VIH: una parte fundamental de los programas nacionales del sida. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. (2008). Consultada en diciembre 29 de 2012 en http://www.unaids.org/en/media/unaid/contentassets/dataimport/pub/report/2009/jc1521_stigmatisation_es.pdf
- USAID, ONUSIDA, Programa Nacional de ETS/VIH/SIDA, Organización Panamericanas de la Salud. (2008). Política Pública Nacional sobre VIH y SIDA. Pág. 22. Consultada en julio 29 de 2012 en http://www.enlaceacademico.org/uploads/media/Politica_y_legislacion_sobre_el_VIH_y_sida.pdf
- Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH. Estudios de caso de intervenciones exitosas. Colección "Prácticas Óptimas" del ONUSIDA. (2005) Consultada en diciembre 29 de 2012 en http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc999-humrightsviol_es.pdf

Organismo Legislativo. (2000). Congreso de la República de Guatemala, Decreto Número 27-2000-06-26 Consultada en junio 24 de 2012 en http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_132630.pdf

Ortega H. & Quiñones G. (2006). Transformaciones del concepto de moralidad: de los orígenes religiosos a la globalización tecnológica. ALPHA N° 22 Julio 2006 (143-166). Consultada en enero 18 de 2013 en <http://www.alpha.ulagos.cl/wp-content/uploads/2011/05/Alpha-N%C2%BA-22.pdf>

Parker R. & Aggleton P. (2002). El estigma y sus efectos discapacitadores . Consultada en enero 13 de 2013 en <http://www.equidadecuador.org/es/todo/ATT1121345190-1.pdf>

- Paterson, G. (2005). El estigma relacionado con el SIDA. Consejo Mundial de las Iglesias. Ginebra. Suiza. Consultada en diciembre 30 de 2012 en <http://www.portalsida.org/repos/dd1300.pdf>
- Paterson, G. (2002). La iglesia el sida y el estigma. Alianza EcuMénica de Acción Mundial. Ginebra. Suiza. Consultada en diciembre 16 de 2012 en http://www.claiweb.org/salud/docs/VIH-SIDA-Recursos/iglesia_sida_estigma.pdf
- Pio XI. (1930). Casti Connubii. Encíclica sobre matrimonio Cristiano. Consultada en septiembre 27 de 2012 en http://www.corazones.org/doc/casti_connubii.htm
- Poder Legislativo del Estado de Campeche. (2007). Oficialía Mayor. Dirección de Estudios Legislativos. Ley para Prevenir, Combatir y Sancionar toda forma de Discriminación en el Estado de Campeche. Pág. 1-2. Consultada en julio 2 de 2012 en http://www.conapred.org.mx/leyes/ley_para_prevenir_combatir_y_sancionar_toda_forma_de_discriminacin_Camp.pdf
- Presidencia de la República. (2007). Poder Ejecutivo Federal. Plan Nacional de Desarrollo.2007-2012. Consultada en diciembre 24 de 2012 en http://www.snieg.mx/contenidos/espanol/normatividad/marcojuridico/PND_2007-2012.pdf
- Real Academia de la Lengua. (2001). Diccionario de la Lengua Española. 22ª edición. Consultada en julio 8 de 2012 en <http://lema.rae.es/drae/>
- Red Bonarense de Personas viviendo con VIH/SIDA. (2011). Aproximación a situación laboral de las personas viviendo con VIH, Consultada en octubre 28 de 2012 en <http://www.compromisolaboralvih.org/wp-content/uploads/2011/05/Situacion-laboral-de-las-PVVS-INFORME-RedBonaerense.pdf>
- Red de Personas viviendo con VIH/SIDA de Mar de Plata. (2011). Índice de Estigma en personas que viven con VIH Argentina. Informe Ejecutivo 2011. Págs. 25-32. Consultada en octubre 30 de 2012 en <http://www.portalsida.org/repos/estigmaDiscriminacion2011.pdf>
- Red Iberoamérica de Organismos y Organizaciones contra la Discriminación. (2008). Becerra G. A. & Torres R. J. A. Informe sobre la discriminación en Iberoamérica. Págs.122-123. Consultada en julio 30 de 2012 en http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/ISDI-2008.pdf
- República Bolivariana de Venezuela. (2009). Compilación de Políticas Públicas sobre VIH/SIDA en Venezuela. Págs. 8-9. ONUSIDA. Consultada en julio 29 de 2012 en <http://www.rvg.org.ve/admin/images/biblioteca/politicaspublicas.pdf>
- República de El Salvador. (2001). Ley de Prevención y Control de la Infección provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Consultada en junio 29 de 2012 en <http://www.hsph.harvard.edu/population/aids/elsalvador.aids.01.pdf>
- República de Honduras. (1999). Ley Especial sobre VIH/SIDA. Consultada junio 29 de 2012 en <http://www.bvs.hn/Honduras/Leyes/LEY%20ESPECIAL%20SOBRE%20VIH%20SIDA.pdf>

- República del Perú. Defensoría del Pueblo. (2007). La Discriminación en el Perú, problemática, normatividad y tareas pendientes. Serie Documentos Defensoriales. Pág. 20. Documento No. 2. Consultada en julio 29 de 2012 en <http://www.redrta.org/Publicaciones/Per%C3%BA-Reporte-La%20discriminaci%C3%B3n%20en%20el%20Per%C3%BA-Problem%C3%A1tica,%20normatividad%20y%20tareas%20pendientes.pdf>
- Rincón G. (2005). Introducción a Lenguaje y discriminación de Islas H., consultada en febrero 10 de 2013 en http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/CI004.pdf
- Sanchez, G., I. P. (1998). Rechazo social a las personas seropositivas en la CAPV. Consultada en marzo 25 de 2013 en http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_202_1.pdf
- Secretaría de Gobernación. (2012). Encuesta Nacional sobre Cultura Política y Prácticas Ciudadanas. (ENCUP). Consultada en febrero 12 de 2013 en http://encup.gob.mx/es/Encup/Quinta_ENCUP_2012
- Secretaría de Salud. (2007). Programa nacional de Salud 2007-2012. Pág. 20. Consultada en agosto 8 de 2012 en http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/pns_version_completa.pdf.
- Secretaría de Salud/Sistema Nacional de Información en Salud, 2008, consultada en mayo 22 de 2012 en <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>
- Sevilla , Ma. de la L. (2010). Discriminación, discurso y SIDA. Cuiculco, vol. 17, núm. 49. México. 43-60. Consultada en abril 3 de 2012 en: http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/351/35117055004/35117055004_1.html
- Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Epidemiología, Información Epidemiológica del VIH/SIDA en México, 2010. Consultada en septiembre 14 de 2011 en <http://www.encuentra.gob.mx/resultsAPF.html?q=incidencia%20vih&client=salud>
- Técnica de escalas. (2008). Consultada en junio 17 de 2012 en <http://pochicasta.files.wordpress.com/2008/11/tecnicas-escalas.pdf>
- The Body. (2008). Schaefer N., Lopez F., Trevedi V. & Volle J. Las personas con VIH no son bienvenidas aquí. Consultada en enero 27 de 2013 en <http://www.thebody.com/content/art47582.html>
- Torre, M. (Coordinador). (2006). Derecho a la No Discriminación. De la Torre M., C. El desarrollo del Derecho a la no Discriminación en el Sistema de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Pág. 58. Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM. Consultada en julio 8 de 2012 en <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2312/11.pdf>
- Torre, M. (Coordinador). (2006). Derecho a la No Discriminación. Rodríguez Z., J. Una Idea Teórica de la No Discriminación. Págs. 37-41. Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM. 1ª Edición. Consultada en julio 8 de 2012 en <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2312/7.pdf>
- Torre, M. (Coordinador). (2006). Derecho a la No Discriminación. Saldaña, J. La Dignidad de la Persona. Fundamento del Derecho a no ser Discriminado Injustamente. Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM. 1ª Edición. Consultada en julio 8 de 2012 en <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2312/8.pdf>

- Torres Q., A. (2004). *Moral e relixión: da moral relixiosa á visión relixiosa da moral*. Pág. 1. Encrucillada 28 (2004) 2-23. Consultada en septiembre 13 de 2012 en http://blog.pucp.edu.pe/media/229/20081203-moral%20y%20religion%20174_torres.pdf
- Touzé, G. & Rossi, D. (1992) SIDA: Discriminación y control, Revista "Margen" nº1. UBA. Consultada en abril 24 de 2012 en: <http://www.margen.org/suscri/margen01/sida.html>
- Ubillos S. (2002) Actitudes, creencias y conductas sexuales de riesgo: intervención y evaluación dirigida a jóvenes de la comunidad autónoma vasca. Consultada en diciembre 24 de 2012 en edtb. <http://edtb.euskomedia.org/5876/>
- Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Departamento de Nutrición. (2009). Incidencia y prevalencia. Consultada en septiembre 14 de 2011 en <https://www.u-cursos.cl/medicina/2009/1/NUEPIDEM3/1/.../28324>
- USAID. (2008). Iniciativas de políticas públicas en salud. Consultada en abril 12 de 2013 en http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_127735.pdf
- Vera-Gamboa L., Sánchez-Magallón F., Góngora-Biachi R. A. (2006). Conocimientos y Percepción de riesgo sobre el SIDA en estudiantes de bachillerato de una universidad pública de Yucatán, México: un abordaje cuantitativo-cualitativo. *Rev. Biomed* 2006; 17:157-168. Consultada en octubre 28 de 2012 en <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb061732.pdf>
- VIII Gran Asamblea del GOFMU. (2005). "Bioética y moral laica". Consultada en junio 20 de 2012 en http://www.gofmu.org/grana2005/tema_laicidad.htm
- Wikipedia. (2012). Artículos consultados: Agustín de Hipona, Ética, Gregorio Magno, Prevalencia, VIH/SIDA en México.

**Sea aquí el fin, pero no el fin de la
búsqueda.**

BERNARDO DE CLARAVAL

Citado por Fernández U., M. (2003) en Los Templarios y la Palabra Perdida. Pág.393. Círculo de Lectores