



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

**Intervenciones de enfermería para pacientes con VIH-
SIDA, desde una perspectiva de género, Derechos
Humanos y cero discriminación.**

TESINA

**Que para obtener el título de
Licenciado en Enfermería y Obstetricia**

PRESENTA

Alan Eduardo Cayetano Sánchez

DIRECTOR DE TESINA

DRA. Liliana González Juárez

CIUDAD DE MÉXICO, 2017.





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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

**Intervenciones de enfermería para pacientes con VIH-
SIDA, desde una perspectiva de género, Derechos
Humanos y cero discriminación.**

TESINA

**Que para obtener el título de
Licenciado en Enfermería y Obstetricia**

PRESENTA

Alan Eduardo Cayetano Sánchez

DIRECTOR DE TESINA

DRA. Liliana González Juárez

CIUDAD DE MÉXICO, 2017.



DEDICATORIA

La vida en la universidad fue una etapa llena de retos, decisiones y mejoramiento como persona para mi desarrollo pleno.

Por lo que esta tesina primeramente se la dedico a mis padres, ellos me han dado todo en mi vida y han estado conmigo incondicionalmente, a mis hermanos que, aunque soy diferente que ellos, me quieren y así mismo, dedico este trabajo a todas las personas que me han ayudado en este camino.

A mi alma máter la UNAM, que desde la formación de nivel preparatoria me ha formado, con base en los valores universitarios y la ENEO que me formó para ser un enfermero, con valores y ética profesional para el cuidado de las personas, a mis profesores que me han acompañado en este gran reto y a la Dra. Liliana González Juárez que desde que la conocí más que profesora se ha convertido en una amiga y que me ha ayudado en todo lo que he requerido en mi proceso de formación y titulación.

AGRADECIMIENTOS

A la UNAM que desde la preparatoria me ha formado con base en los valores universitarios y me ha enseñado. Mi más sincero agradecimiento a esta gran casa de estudios. A la ENEO, por formarme como enfermero universitario, para velar por el cuidado de las personas.

A mis profesores que me apoyaron en todo momento para cumplir mis metas y objetivos y en especial a la Dra. Liliana González Juárez que fue mi apoyo incondicional en esta etapa, y desde que ingrese a la carrera siendo mi profesora.

A las enfermeras que a lo largo de este camino me han apoyado en las diferentes instituciones donde desarrolle mis prácticas profesionales tanto del IMSS, ISSSTE, Secretaria de Salud de Ciudad de México y en especial a las que contribuyeron en mi formación durante el servicio social, tanto personal operativo, como Jefes de Enfermería, particularmente del turno vespertino del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

A mi padre Juan que me dio la vida y todo lo que soy hoy en día.

A mi madre Yamila que, aunque soy diferente, me ama y me apoya.

A mi tía/madre María Elena que siempre me ha procurado y me ha apoyado en todo lo que me proponga.

A mis hermanos Juan Francisco y Julio Ramsés, que, aunque todos somos diferentes hemos salido adelante y hemos aprendido a ser los mejores.

A mis abuelos Eladio, Inés, Carmen y Julio, porque son estrellas en este mundo infinito y que me cuidan desde donde estén.

A Jorge Abraham que, aunque sé que puedo ser la peor persona del mundo y comportarme mal o bien, ha estado conmigo y nunca me ha dejado caer.

A mis tíos, tías, primos, cuñada y sobrinos que me han apoyado en lo mucho o poco que pude requerir para cumplir mis objetivos.

A mis amigos que me han apoyado y han estado conmigo en momentos difíciles y también felices para mí.

ÍNDICE	PÁG.
INTRODUCCIÓN	9
CAPITULO I. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1. Descripción de la situación problema.....	11
1.2. Identificación del problema.....	20
1.3. Justificación del problema de estudio.....	20
1.4. Ubicación del tema.....	21
1.5. Objetivos.....	23
1.5.1. General.....	23
1.5.2. Específicos.....	23
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	24
2.1. Perfil epidemiológico de problemas relacionados con VIH- SIDA.....	24
2.1.1. Nivel mundial	24
2.1.2. Nivel Nacional (México).....	27
2.1.3. Nivel Local (Ciudad de México).....	29
2.2. Normas técnicas correspondientes a VIH-SIDA, derechos humanos, género y cero discriminación.....	31
2.2.1. ONUSIDA.....	31
2.2.2. Metas del desarrollo sostenible.....	33
2.2.3. Estrategia ONUSIDA 2016-2021.....	35
2.2.4. Organización Panamericana de la Salud OPS.....	37
2.2.5. Agenda de salud para las Américas 2008-2017.....	39
2.2.6. Plan regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015.....	41
2.2.7. Derechos humanos.....	43
2.2.8. Principios de Yogyakarta.....	47
2.2.9. El estigma y la discriminación relacionados con el VIH.....	56
2.2.10. Derechos y obligaciones de personas con VIH/SIDA.....	58
2.2.11. Constitución política de los estados unidos mexicanos.....	60

2.2.12.	Ley General de Salud.....	61
2.2.13.	Norma oficial mexicana (NOM-010-SSA2-2010), para la prevención y control de la infección por virus de inmunodeficiencia humana.....	61
2.2.14.	Ley para la prevención y atención integral del VIH/SIDA de la Ciudad de México.....	63
2.2.15.	Ley federal para prevenir y eliminar la discriminación.....	66
2.2.16.	COPRED consejo para prevenir y erradicar la discriminación en la Ciudad de México.....	67
2.2.17.	Ley para prevenir y eliminar la discriminación de la Ciudad de México.....	67
2.3.	Fisiopatología del VIH-SIDA.....	69
2.3.1.	Concepto.....	69
2.3.2.	Etiología.....	69
2.3.3.	Historia natural de la enfermedad.....	71
2.3.4.	Clasificación de infección de VIH-1 y criterios de SIDA.....	73
2.3.5.	Cuadro clínico.....	74
2.3.6.	Diagnostico.....	74
2.3.7.	Tratamiento	76
2.3.8.	Prevención.....	79
2.4.	Intervenciones de enfermería.....	79
2.5.	Intervenciones psicosociales.....	83
2.6.	Revisión de la literatura.....	84

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA **87**

3.1.	Tipo y diseño.....	87
3.1.1.	Tipo.....	87
3.1.2.	Diseño.....	87
3.2.	Variables e indicadores.....	88

3.2.1. Variable.....	88
3.2.2. Definición operacional.....	88
3.3. Método.....	88
3.4. Perspectiva de Enfermería.....	89
3.5. Aplicación de conceptos centrales.....	92
CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	94
4.1. Conclusiones y recomendaciones para intervenciones de enfermería para pacientes con VIH-SIDA, desde una perspectiva de género, derechos humanos y cero discriminación.....	94
Bibliografía.....	98
Anexos.....	105

INTRODUCCIÓN.

El objetivo principal de la enfermería es otorgar cuidados para mejorar la calidad de vida de las personas que los reciben, podemos afirmar que el cuidado es un arte, que se basa en una relación interpersonal enfermera-paciente como herramienta terapéutica fundamental. Sin embargo su estructuración requiere de elementos teóricos que sustenten dicho quehacer, por lo tanto el propósito de este trabajo es sistematizar las intervenciones de enfermería a pacientes con VIH-SIDA, desde una perspectiva de género, derechos humanos y cero discriminación.

Los cuidados que otorga el Licenciado en enfermería y Obstetricia deben estar basados en evidencia científica, donde la actividad investigadora es fundamental para la estructuración de intervenciones, las cuales son la herramienta principal de este profesional para otorgar cuidados. Los cuidados de enfermería tienen su base fundamental en la cultura y pueden variar dependiendo de la persona, la patología e incluso del contexto donde se desarrollen.

Así mismo, otros elementos que permiten estructurar las intervenciones de enfermería, corresponden a las normas, leyes y códigos, los cuales son importantes para situar el contexto ético y normativo de los cuidados y permiten enfatizar la importancia por el respeto a la integridad humana, el desarrollo de valores, el respeto a los derechos humanos, la equidad de género, con el propósito de otorgar cuidados culturalmente competentes.

La calidad en la atención de enfermería que reciben los pacientes con VIH-SIDA, debe llevarse a cabo respetando el código de ética de enfermería, de donde resaltamos algunos principios tales como: Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.

Esta tesina se integra por cuatro capítulos donde se describe la fundamentación del tema de investigación, el marco teórico, metodología y finalmente conclusiones y recomendaciones.

1. FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN.

1.1. Descripción de la situación problema.

El VIH/SIDA es una enfermedad que desde sus orígenes se ha mostrado cambiante. Durante muchos años la evolución de la epidemia del VIH/SIDA se ha estudiado por regiones, por grupos étnicos, por estratos socio-económicos, en diferentes periodos y de acuerdo al desarrollo y a la disponibilidad de antirretrovirales y tratamientos complementarios, sin embargo, hay mucho por investigar.

La enfermedad de VIH/SIDA es un virus que pertenece a los llamados retRovirus, que brinco de una especie de chimpancé llamado Pan Troglodyte Troglodyte a los humanos infectando de manera inmediata.

Los primeros casos de VIH/SIDA se describieron en pacientes que tenían una inmunosupresión grave manifestada por neumonía conocida como Pneumocystis carinii que es un tipo de hongo que infectaba a gran cantidad y que se registro en EUA en 1981 en hombres jóvenes.

En ese mismo año, se informan casos de sarcoma de Kaposi también en hombres jóvenes, y se comenzó a reconocer un patrón de inmunosupresión en varones homosexuales jóvenes. El Centro de Control de Enfermedades de Atlanta, en los EUA detectó inicialmente un aumento importante en la demanda de pentamidina, el fármaco específico utilizado entonces para el tratamiento de P. carinii. Gracias a los sistemas de vigilancia epidemiológica estadounidenses, los informes de nuevos casos crecieron con rapidez devastadora: para fines de 1981 se habían registrado más de 20 casos en los EUA, y un año más tarde ya eran 750. Para fines de 1983 se habían registrado casos en 44 estados de los EUA. En pocos meses les siguen informes en Europa, inicialmente en Dinamarca y posteriormente en Francia. En octubre de 1983 la OMS informa más de 250 casos de 15 países

de Europa. Al término de 1984 estaban registrados más de doce mil casos en el ámbito mundial y la epidemia seguía creciendo exponencialmente.¹

Los antecedentes nacionales afirman que para 1984, el CDC había logrado establecer un patrón de transmisión por vía sexual, predominantemente entre homosexuales, y poco más tarde se reconocieron casos transmitidos por sangre. La similitud con los mecanismos de transmisión del virus de la hepatitis B, que para entonces ya eran bien conocidos, llevó a una serie de recomendaciones para prevenir el contagio enfatizando la posibilidad de transmisión “por sangre y líquidos corporales”. Ese mismo año se reconocieron los primeros casos en nuestro país. Al igual que ocurrió en otras partes de Latinoamérica, el VIH llegó a México procedente no de África, sino de los EUA.

En México, los primeros casos conocidos fueron de varones de elevado nivel profesional que habían residido en los EUA, pero sus cuadros clínicos difirieron en forma importante de lo que ocurría allá. La frecuencia de diarrea fue más notoria en México y un tanto menos la de neumonía por *P. carinii*.

Pobreza y subdesarrollo definen las características de las epidemias: la criptosporidiasis y la tuberculosis se presentaron con mayor frecuencia en los pacientes mexicanos que en los de países desarrollados.²

Hacia 1985 se hizo evidente en México el crecimiento de casos en pacientes femeninas con historias de transfusiones sanguíneas como único factor de riesgo. Se trataba de una epidemia secundaria, desencadenada por el uso de transfusiones cuando aún no existía la posibilidad de saber si la sangre estaba contaminada, que se presentó en mujeres en situaciones clínicas asociadas con partos. La industria de los hemoderivados, que hasta entonces se había desarrollado con muy bajos estándares de calidad y apelando a los llamados

¹ Grmek M. Historia del SIDA. México, DF: Siglo XXI, 1992.

² Ponce de León S, Macías AE, Cruz MA, Calva J, Tinoco JC, et al. Los primeros cinco años de la epidemia del SIDA en México. Salud Pública Mex 1998; 30:544-554.

“donadores profesionales” sangrados periódicamente para obtener productos sanguíneos, facilitó la diseminación del virus a las mujeres transfundidas y a los hemofílicos que usaban crioprecipitados. Como se describe en el capítulo de Soberón y Volkow, las políticas de uso de sangre y plasma fueron revisadas, y la firmeza mostrada por las autoridades de salud prohibió su comercialización, lo que jugó un papel esencial en la contención de la epidemia.³ El reconocimiento inicial de este problema y un abordaje frontal, con las modificaciones legales y regulatorias pertinentes, permitieron interrumpir esta fuente de infección que hoy no representa un riesgo significativo. Esto es, conviene subrayarlo, un logro extraordinario.

La infección se identificaba prácticamente en todo el mundo, pero en cada país la edad de la epidemia era diferente. A partir de 1985, la epidemia en México tuvo un desarrollo exponencial, guardando las proporciones que resultan de las diferencias demográficas y los métodos de vigilancia epidemiológica como un reflejo retrasado cinco años de lo que ocurría en EUA. Desde 1986 hasta fines de los noventa la epidemia creció en número y se extendió a nuevas poblaciones. Los migrantes mexicanos iniciaron lo que se denominó la ruralización de la epidemia, a través de la infección de la pareja o parejas a las que visitaban esporádicamente en las pocas oportunidades que tienen de volver por una breve temporada o a su retorno. Paralelamente, un cambio drástico en la comercialización de drogas fue causa de un creciente número de infecciones en adictos a drogas parenterales, debido al rápido crecimiento en el uso de estos productos, sobre todo en los estados del norte del país. La frontera que compartimos con los EUA resultó ser extraordinariamente permeable, no sólo al tráfico y consumo de drogas, sino también al VIH. Al mismo tiempo, se pudo detectar un número creciente de mujeres casadas cuyo único factor de riesgo era la vida sexual de su cónyuge.

³ Sepúlveda JA, García L, Domínguez-Torix JL, Valdespino JL. Prevention of HIV transmisión through blood and blood products: experience in Mexico. Bull Pan Am Health Org 1989; 23:108-114.

Mientras tanto, un creciente pero aún endeble sistema de atención clínica se desarrollaba y algunos grupos de atención médica se consolidaban.⁴

La enfermería es una ciencia que tiene como objetivo primordial ejercer el cuidado en los 3 niveles de atención en salud, para poder ejercerlo es necesario tener en cuenta intervenciones las cuales se ponen en acción para que la persona atendida pueda mejorar su calidad de vida.

La investigación que realice primeramente fue información sobre aspectos relacionados con la patología que apareció hace muchos años en África en una familia de chimpancés, la cual con el paso del tiempo ha mutado y se ha adaptado al medio donde se encuentre y debido a que la mayoría de infectados se ha presentado en hombres que tienen sexo con hombres, amas de casa, niños y personas transexuales, se puede decir que es una enfermedad que no distingue ninguna condición pero hace que algunos modelos de atención se adecuen a ello.

Considero que investigar acerca de este tema es de suma importancia en el área de enfermería, por los tipos de cuidados que otorgamos y que deben ser culturalmente competentes para satisfacer la demanda de las personas, mejorando así la calidad y calidez.

También es importante, ampliar el horizonte acerca de los cuidados preventivos y que en el área de la salud pública es de suma importancia por lo que representa, porque llegar a atención de un tercer nivel cuando se puede prevenir y mejorar la calidad de vida de las personas, al igual es ampliar el marco ético-legal que tenemos para no solo dar cuidados al azar si no otorgar cuidados bajo bases éticas, legales, filosóficas y que los mismos pacientes conozcan sus derechos y obligaciones que tenemos hacia ellos y viceversa.

La implicación desde la perspectiva de género tiende a mal interpretarse que solo la atención es para una sola persona si es hombre o mujer, pero claro que no la atención y los cuidados otorgados es para toda la población, de los derechos

⁴ Alarcón D, Ponce de León S. El SIDA en México, veinte años de la epidemia. México, DF: El Colegio Nacional, 2003.

humanos primeramente existe una normativa internacional que toda persona tiene al igual hay derechos y obligaciones de las enfermeras y de los pacientes que hace que todo funcione y que se tenga una base para otorgar esos cuidados, y desde la perspectiva de evitar discriminación el acceso a la salud es universal y toda persona tiene derecho a recibir servicios de salud independientemente de su religión, raza, orientación sexual, genero, color de piel etc.

Enfatizar en tres principales expectativas que hace tiempo no eran sonadas porque simplemente no se tenía el conocimiento de ello es para otorgar cuidados competentes y claro de forma accesible y universal, la OMS estableció en las metas del milenio “la salud para todos en el año 2000” actualmente se observa que en muchos casos el mismo personal de salud no atiende a todas las personas ya sea por falta de dinero, por condición social o por el simple hecho de que no se quieren exponer a enfermedades con un grado alto infecto-contagioso, cuando el personal de salud e incluso los gobiernos tienen la obligación de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas que les permita llevar una vida social y económicamente productiva, la atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.

Actualmente las metas del desarrollo sostenible para el año 2030 en el área de la salud establecen lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos, al igual mejorar el personal de salud mediante el aumento sustancial, la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños estados insulares en desarrollo.⁵

⁵ Objetivo 3: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades". Véase <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/> . (Consultado el día 31 de octubre de 2016).

Al igual una de sus metas es que para el año 2030 poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles, por lo que es de suma importancia tener servicios de salud accesibles, universales, eficaces, eficientes y con el mejor personal basados en la salud pública y en la primicia del cuidado y la prevención.⁶

Por lo consiguiente sabiendo que es problema a nivel mundial durante muchos años, varios organismos internacionales y locales crearon y optaron por hacer estrategias para evitar la propagación, mejorar el estado físico y emocional de las personas infectadas y encontrar medidas de prevención y tratamiento, así mismo encontrar estrategias contra alguna forma de discriminación respetando la igualdad de género y los derechos humanos de las personas infectadas.

Existen programas, organismos, leyes y normas que explican primeramente el comportamiento de la enfermedad a nivel mundial, el tipo de medicación utilizada, los programas de apoyo en cada país y ciudad para la prevención, los derechos y obligaciones de las personas con VIH/SIDA, sin discernir en el género y así evitando toda forma de discriminación.

La ONUSIDA es el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Se estableció en enero de 1996 para dar respuesta al VIH y afrontar la pandemia a nivel mundial tiene diferentes metas entre ellas tres importantes para esta tesina que son:

- Eliminación de las desigualdades de género: Eliminar las desigualdades de género y el abuso y la violencia de género, y aumentar la capacidad de mujeres adultas y jóvenes para protegerse a sí mismas frente al VIH.

⁶ Objetivo 3: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades". Véase <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/> . (Consultado el día 31 de octubre de 2016).

- Erradicación del estigma y la discriminación: Erradicar el estigma y la discriminación contra las personas que viven con el VIH o se ven afectadas por este a través de la promulgación de leyes y políticas que garanticen la consecución de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.
- Fortalecimiento de la integración del VIH: Eliminación de sistemas paralelos para los servicios relacionados con el VIH para fortalecer la integración de la respuesta al sida en los esfuerzos de desarrollo y la salud mundiales.⁷

Se desarrolla también la estrategia ONUSIDA siguiendo el programa de la estrategia ONUSIDA 2011-2015 – llegar a cero se replantean nuevas estrategias más concretas para llegar a su principal visión “Cero nuevas infecciones por el VIH. Cero discriminaciones. Cero muertes relacionadas con el sida”.⁸ La Organización Mundial de la Salud en el año 2015 crea el Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH para 2016-2021 que establece de forma general poner fin a la epidemia de SIDA como amenaza para la salud pública para 2030 que forma parte de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre de 2015.⁹

En especial en el continente americano la organización panamericana de la salud OPS establece dos programas en conjunto para las Américas que son la agenda de salud para las Américas y el plan regional de VIH/ITS para el sector salud.

La agenda de salud para las Américas 2008-2017 tiene como objetivo orientar la acción colectiva de los socios nacionales e internacionales interesados en

⁷Metas ONUSIDA. Véase <http://www.unaids.org/es/targetsandcommitments> (consultado el 21 de abril de 2016).

⁸ Estrategia de ONUSIDA para 2011-2015. Véase <http://www.unaids.org/es/aboutunaids/unaidstrategygoalsby2015> .(consultado el 21 de abril de 2016).

⁹ Estrategia ONUSIDA 2016-2021. Véase http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15-18_EN_rev1.pdf .(consultado el 21 de abril de 2016).

contribuir a mejorar la salud de los pueblos de esta región, a lo largo de la próxima década.

Los Gobiernos reiteran su compromiso con la visión de una región más saludable y más equitativa en aspectos de salud, donde se aborden los determinantes de salud y se mejore el acceso a servicios y bienes de salud individual y colectiva. Una región en la que cada individuo, familia y comunidad tenga la oportunidad de desarrollarse al máximo de su potencial.

El plan regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015 establece que todos los países de la Región han suscrito acuerdos sobre VIH/SIDA, incluido el Objetivo 6 de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, destinados a detener y revertir la propagación del VIH y cumplir la Declaración de Compromiso de la Reunión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (UNGASS). El cumplimiento de estas metas requerirá una ampliación de los programas existentes y la cooperación entre sectores y países. El Plan Regional de VIH/ITS de la OPS para el sector de la salud 2006-2015 constituye una herramienta que permitirá asistir a los sectores de salud de las Américas a responder más eficazmente a la epidemia de VIH y prevenir a controlar las ITS. Deberá implementarse al nivel regional en todos los países de la Región. El Plan se concentra en el logro del acceso universal a la atención integral, incluidas la prevención, la atención y el tratamiento, y aborda estos elementos de forma integral.¹⁰

En México, la respuesta a la epidemia del VIH y el sida la integran ejes rectores que enmarcan y orientan sus mandatos de acción específicos, que van desde la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos hasta otras legislaciones federales, entre ellas la Ley General de Población, la Ley General de Salud y su reglamento interior, la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, y las

¹⁰ OMS-OPS. Plan regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015. Washington, 2005.

normas oficiales mexicanas en especial la NOM-010-SSA2-2010 para la prevención y control de la infección por virus de inmunodeficiencia humana.

Y en la Ciudad de México se establecen programas en beneficio de la población con VIH/SIDA se encuentra también la ley para la prevención y atención integral del VIH/SIDA en la Ciudad de México, todo esto apoyado en el consejo para prevenir y erradicar la discriminación en la Ciudad de México COPRED, la ley para prevenir y eliminar la discriminación en la Ciudad de México y el programa de derechos humanos de la Ciudad de México.

Existen al igual unidades rectoras que apoyan todos estos programas como el CENSIDA, Seguro Popular, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (Censia), Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones (Cenadic), Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea (CNTS), Comisión Federal contra Riesgos Sanitarios (Cofepris), Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed), Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS), Servicios de Atención Integral a Personas con VIH (Sai), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), Petróleos Mexicanos (Pemex), Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol), Instituto Nacional de Desarrollo Social (Indesol), Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres), Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred), Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI), Instituto de la Juventud (INJUVE) e Instituciones civiles públicas y privadas que respaldan programas de derechos humanos, prevención y desarrollo del VIH/SIDA.

Las condiciones desarrolladas a nivel mundial, nacional y local, coinciden con casi todo los casos de VIH que son los hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadores y trabajadoras del sexo comercial, usuarios de drogas, la migración y demás factores son claros ejemplos no individuales de desarrollo de esta

enfermedad, todo esto en conjunto dan un impacto social y económico muy grande ya que socialmente las personas que viven con VIH no importando la forma de contagio son discriminadas por tenerla sin importar el género y claro no respetando primeramente los derechos que como personas tienen y claro los derechos que como personas portadoras de VIH tienen, conjuntamente con el impacto social también hay un impacto económico ya que la terapia antirretroviral es muy cara en la mayoría de los casos aunque se supone que el sector salud debe garantizar el acceso a la terapia y además tener el financiamiento para el desarrollo de las estrategias de prevención y control tan necesarias.

Por todo lo antes mencionados, se plantea la siguiente pregunta de investigación.

1.2. Identificación del problema.

¿Cuáles son las intervenciones de enfermería especializadas para pacientes con VIH/SIDA desde una perspectiva de género, derechos humanos y cero discriminaciones?

1.3. Justificación del problema de estudio.

La presente investigación documental se justifica ampliamente por varias razones: Primeramente, se justifica porque el VIH/SIDA es una enfermedad cambiante que se adapta al medio donde se encuentre de una forma, biológica y social.

A nivel internacional en 2015, 36,7 millones (34 millones–39,8 millones) de personas vivían con el VIH y los casos de nuevas infecciones por el VIH han disminuido en un 6% desde 2010, en 2015, 2,1 millones (1,8 millones–2,4 millones) de personas contrajeron la infección por el VIH en todo el mundo, mientras que en 2010 la cifra alcanzaba los 2,2 millones (2 millones–2,5 millones)¹¹, a nivel nacional en México hasta el año 2014, se identificaron 180,000

¹¹ Hoja informativa 2016 UNAIDS. Véase http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf . (consultado el 23 de agosto de 2016).

mil personas portadoras de VIH y 9,300 mil personas entre niños y adultos adquieren el VIH, los estados de mayor prevalencia son Ciudad de México, Yucatán, Veracruz, Baja California y Campeche¹², a nivel local en la Ciudad de México el último reporte dado a conocer por clínica Condesa a finales de 2013 establecen que hay 2,742 mil personas con VIH que representan el 30% de detecciones de esta enfermedad en todo el país¹³.

Por lo que se debe actuar de forma veraz y convincente, partiendo desde los aspectos biológicos de la enfermedad y su comportamiento, posteriormente desde la perspectiva de género, derechos humanos y cero discriminaciones hacia personas con VIH/SIDA. Considero que es fundamental crear y dar a conocer las intervenciones de enfermería para la atención de estas personas teniendo en cuenta el impacto social, económico y cultural, para ofrecer servicios de atención de enfermería bajo los estándares de atención de calidad, calidez, seguridad de la persona, confiabilidad otorgando cuidados culturalmente competentes para su desarrollo pleno.

1.4. Ubicación del tema.

El tema de la presente investigación documental se encuentra ubicado en el ámbito de la Infectología, Psicología, Derecho, Promoción de la Salud, Enfermería y Salud Pública.

Se ubica en infectología porque el VIH/SIDA es una enfermedad inmunológica la cual deprime todo el sistema inmunológico y va destruyendo linfocitos CD4+ de las cuales ayudan al control de infecciones en el cuerpo, por lo que la destrucción de estas células lleva a que el cuerpo no tenga ese sistema protector y se va deteriorando causando la aparición de enfermedades oportunistas que llegan a causar algunas deficiencias en el cuerpo incluso la muerte.

¹² CENSIDA. La epidemia del VIH y el SIDA en México. México. 2014.

¹³ Informe epidemiológico del VIH/SIDA en la Ciudad de México. Programa de VIH/SIDA en la Ciudad de México. Clínica especializada Condesa, 2013.

En psicología ya que estudia todas las funciones humanas como la percepción, la memoria, la motivación, el aprendizaje, la sexualidad, las etapas del desarrollo y la conducta en general por lo que su ubicación se lleva a cabo en como las personas que tienen VIH/SIDA aprenden a llevar su enfermedad, aprenden a cómo comportarse ante tal hecho, como desarrollar su sexualidad y como no caerse ante ciertas situaciones ya sean biológicas, sociales, culturales o psíquicas.

En derecho porque este estudia las normas, su funcionamiento y su forma de sanción, las personas con VIH/SIDA reciben protección por normas y leyes creadas especialmente para ello internacionales, nacionales y locales bajo la premisa de los derechos humanos evitando así discriminación y sobre todo sin discernir en el género para su aplicación.

Es aplicable en la promoción de la salud ya que el VIH/SIDA es un tema de salud pública muy importante ya que se deben encaminar acciones a su realidad epidemiológica, demográfica, social, política y económica, creando así políticas públicas que garanticen la equidad, la justicia y el derecho a la salud para toda la población generando así una mejor calidad de vida.

Para la enfermería su enfoque principal es abordar el cuidado, por lo que el desarrollo de intervenciones para personas con VIH/SIDA respetando el género y los derechos humanos son de gran relevancia para evitar discriminación o cualquier otra forma de disentiimiento hacia la enfermedad y hacia las personas que son portadoras.

La salud pública tiene como principal objetivo mejorar la salud así como su control y su posible erradicación, por lo que es indispensable crear acciones e intervenciones de enfermería encaminadas a promover condiciones de vida saludable en personas con VIH/SIDA para mejorar su calidad de vida, destacando el respeto a los derechos de las personas con VIH, la inclusión de género y la cero

discriminación otorgando una continuidad y seguimiento, y claro está centrado en la promoción y prevención de la salud.

1.5. Objetivos.

1.5.1. General.

Estructurar intervenciones de enfermería desde una perspectiva de género, derechos humanos y cero discriminaciones para pacientes con VIH/SIDA, para su óptimo desarrollo e inclusión.

1.5.2. Específicos.

- Establecer intervenciones de enfermería para la atención de las personas con VIH/SIDA.
- Identificar funciones y actividades que el profesional de enfermería debe realizar en el cuidado preventivo, curativo y de rehabilitación para pacientes con VIH/SIDA.
- Conocer la reglamentación respecto de las personas con VIH/SIDA, para un mejor desarrollo social y de inclusión de estas personas.
- Describir la normativa en derechos humanos, género y evitar la discriminación en personas con VIH/SIDA.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.

2.1. Perfil epidemiológico de problemas relacionados con VIH-SIDA.

2.1.1. Nivel mundial.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) lidera e inspira al mundo para hacer realidad su meta global de cero nuevas infecciones por el VIH, cero discriminaciones y cero muertes relacionadas con el sida. El ONUSIDA reúne los esfuerzos de once organizaciones de las Naciones Unidas (ACNUR, UNICEF, PMA, PNUD, UNFPA, UNODC, ONU Mujeres, OIT, UNESCO, OMS y Banco Mundial) y trabaja en estrecha colaboración con asociados mundiales y nacionales para poner fin a la epidemia de sida para el 2030.

Estadísticas mundiales

La ONUSIDA (2015) establece las siguientes estadísticas sobre el comportamiento de la enfermedad en el mundo.

- 17 millones de personas tuvieron acceso a la terapia antirretrovírica.
- 36,7 millones [34 millones–39,8 millones] de personas vivían con el VIH.
- 2,1 millones [1,8 millones–2,4 millones] de personas contrajeron la infección por el VIH.
- 1,1 millones [940 000–1,3 millones] de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida.
- 78 millones [69,5 millones–87,6 millones] de personas han contraído la infección por el VIH desde el comienzo de la epidemia.
- 35 millones [29,6–40,8 millones] de personas han fallecido a causa de enfermedades relacionadas con el sida desde el comienzo de la epidemia.

Personas que viven con el VIH

En 2015, 36,7 millones [34 millones–39,8 millones] de personas vivían con el VIH.

Personas que viven con el VIH con acceso a la terapia antirretrovírica

A fecha de diciembre de 2015, 17 millones de personas que vivían con el VIH tuvieron acceso a la terapia antirretrovírica; en junio de 2015, la cifra alcanzaba los 15,8 millones y, en 2010, los 7,5 millones.

- El 46% [43%–50%] de todos los adultos que vivían con el VIH tuvo acceso al tratamiento en 2015, mientras que en 2010 el índice se situaba en un 23% [21%– 25%].
- El 49% [42%–55%] de todos los niños que vivían con el VIH tuvo acceso al tratamiento en 2015, mientras que en 2010 el índice se situaba en un 21% [18%– 23%].
- El 77% [69%–86%] de las embarazadas que vivían con el VIH tuvo acceso a medicamentos antirretrovíricos en 2015 para prevenir la transmisión del VIH a sus bebés.

Nuevas infecciones por el VIH

- Los casos de nuevas infecciones por el VIH han disminuido en un 6% desde 2010. - En 2015, 2,1 millones [1,8 millones–2,4 millones] de personas contrajeron la infección por el VIH en todo el mundo, mientras que en 2010 la cifra alcanzaba los 2,2 millones [2 millones–2,5 millones].
- Los casos de nuevas infecciones en niños han descendido en un 50% desde 2010.
- A nivel mundial, 150 000 [110 000–190 000] niños contrajeron la infección por el VIH en 2015, una cifra inferior a la de 2010, con 290 000 [250 000–350 000] nuevos casos.

Muertes relacionadas con el sida

- Las muertes relacionadas con el sida han disminuido en un 45% desde las máximas registradas en 2005.
- En 2015, 1,1 millones [940 000–1,3 millones] de personas en todo el mundo fallecieron por causas relacionadas con el sida, en comparación con los datos registrados en 2005, con 2 millones [1,7 millones–2,3 millones] de muertes.

Tuberculosis y VIH

- La cifra de muertes relacionadas con la tuberculosis en personas que viven con el VIH ha disminuido en un 32% desde 2004.
- La tuberculosis continúa siendo la principal causa de muerte entre las personas que viven con el VIH; aproximadamente, una de cada tres muertes relacionadas con el sida se deben a dicha enfermedad.
- En 2014, el porcentaje de pacientes con tuberculosis VIH-positivos que empezaron o continuaron la terapia antirretrovírica alcanzó el 77%.

Inversiones

- Se estima que, a finales de 2015, se habían invertido 19 000 millones de dólares estadounidenses en la respuesta al sida en países de ingresos medios y bajos (entre los que no se incluyen aquellos que han pasado a formar parte recientemente de las categorías de ingresos altos).
- Los recursos nacionales representaron un 57% del total de los recursos destinados al VIH en 2015 en dichos países.
- Las últimas estimaciones de ONUSIDA indican que se necesitarán 26 200 millones de dólares estadounidenses para la respuesta al sida en 2020, y 23 900 millones en 2030.¹⁴

¹⁴ Hoja informativa 2016 UNAIDS. Véase http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf . (consultado el 23 de agosto de 2016).

2.1.2. Nivel nacional (México).

De acuerdo con la tipología de ONUSIDA, México tiene una epidemia concentrada, la cual afecta principalmente a las siguientes poblaciones clave: hombres que tienen sexo con otros hombres, usuarios de drogas inyectadas, trabajadores y trabajadoras del sexo comercial, personas transgénero, transexual y travestis.

Según estimaciones conjuntas realizadas por ONUSIDA-CENSIDA, a finales del 2013 existían 180 mil personas viviendo con VIH y sida (rango: 140,000-230,000). La prevalencia de VIH en la población de 15 y más años fue del 0.2 por ciento, lo que significa que dos de cada mil personas de esas edades estaba viviendo con el VIH. Se considera una prevalencia baja y su tendencia se ha estabilizado en los últimos diez años.

El número anual de nuevas infecciones por VIH alcanzó su valor máximo en el año 2005, con una estimación promedio de 15 mil nuevas infecciones, y ha venido disminuyendo para llegar a 9 mil 300 en el 2013. (Rango: 6,000-15,000).

Del total de personas infectadas por el VIH, se ha estimado que el 50% no lo saben.

En el año 2003, se logró que las personas sin seguridad social tuvieran acceso universal y gratuito a la terapia antirretroviral contra el VIH y el sida.

A finales del 2013, 89 mil 410 personas estaban recibiendo antirretrovirales en todas las instituciones de salud públicas y privadas. En ese año, la Secretaría de Salud atendió a 57,073 personas con un costo promedio anual de \$44,997 pesos por tratamiento.

En 1983 se reportó el primer caso de sida en México. Desde esa fecha, y hasta el 30 de septiembre del 2014, existe un registro acumulado de 223 mil 995 personas que se han infectado por el VIH o desarrollado el sida. Sin embargo, sólo 116 mil 936 personas se encontraban vivas, 94 mil 812 ya fallecieron y 12 mil 247 se desconoce su status actual.

El 80.2 por ciento de los casos corresponden a hombres y el 19.8 por ciento a mujeres, lo que significa una proporción de 4:1. Por edades, el 2.1 por ciento ocurrieron en menores de 15 años de edad; el 33.5 por ciento en jóvenes de 15-29 años; el 63.8 por ciento en adultos de 30 años y más; y en el 0.6 por ciento se desconoce la edad.

El 95.1 de los casos de VIH son resultado de relaciones sexuales no protegidas; el 2.9 por ciento se produjeron por vía sanguínea y el 2.0 por ciento por transmisión perinatal.

La tasa de incidencia nacional en el período 1983-2014 fue de 186.7 casos por cada 100 mil habitantes.

Las cinco entidades con las tasas más elevadas fueron: Distrito Federal (414.7), Yucatán (294.5), Veracruz (280.1), Baja California (272.2) y Campeche (271.7).

Las cinco entidades con menores tasas fueron: Zacatecas (77.1), Guanajuato (79.9), Coahuila (84.2), Hidalgo (86.6) y Durango (95.4).

Estimación de adultos y niños viviendo con VIH y sida: 180,000 (2013).

- Estimación de adultos de 15 años y más viviendo con VIH y sida: 170,000.
- Prevalencia de VIH y sida en adultos de 15 y más años: 0.2%.
- Adultos y niños que cada año adquieren el VIH: 9,300 (2013).
- Porcentaje de personas infectadas por el VIH que no lo saben: 50% (2013).

- Personas recibiendo tratamiento antirretroviral en todo el país: 89,410 (2013).
- Personas recibiendo tratamiento antirretroviral en la Secretaría de Salud: 57,073 (2013).
- Costo promedio por tratamiento en la Secretaría de Salud: \$44,997 pesos (2013).
- Personas que murieron a causa del sida: 4,974 (2012).
- Tasa de mortalidad a causa del sida por 100 mil habitantes: 4.2 (2012).
- Total acumulado de casos notificados de VIH y sida: 223,995.
- Casos notificados de VIH y sida que se encuentran vivos: 116,936 (52.2% del total).
- Porcentaje de casos que corresponden a mujeres: 19.8%.
- Porcentaje de casos en jóvenes de 15-29 años: 33.5%.
- Porcentaje de casos que se producen por vía sexual: 95.1%.
- Tasa nacional de incidencia acumulada por 100 habitantes: 186.7.
- Entidades con tasa de incidencia más elevada: Distrito Federal, Yucatán, Veracruz, Baja California y Campeche.¹⁵

2.1.3. Nivel local (Ciudad de México).

En la Ciudad de México los primeros casos de VIH-SIDA fueron diagnosticados en 1983.

Se estima que a finales de 2012, un total de 40 mil personas vivían con VIH en la Ciudad de México, este número representa el 17% del total nacional (225,000) lo que le confiere a la Ciudad de México la prevalencia de VIH más alta del país con 0.79.

Entre enero y octubre del 2013 se detectan 2,742 personas con VIH en la Ciudad de México, lo que representa el 30% de todas las detecciones del país.

¹⁵ CENSIDA. La epidemia del VIH y el SIDA en México. México. 2014.

En la Ciudad de México se encuentra el 21.4% de los casos notificados de VIH y SIDA a nivel nacional.

Clínica condesa

Durante el periodo enero-diciembre de 2013, se recibieron en el área de Detección y Consejería un promedio mensual superior a 1,500 personas.

De las cerca de 19 mil personas que acudieron voluntariamente a la CEC a solicitar la prueba de detección, el 15.2% resultaron positivas a VIH, es decir, 2,876 nuevos diagnósticos.

De las pruebas de VIH realizadas en la Clínica el 19.9% de los hombres, el 2.7% de las mujeres y el 32.7% de las mujeres transgénero resultaron positivas a VIH.

Desde 2008 a la fecha, se ha tenido un incremento del 569% en el servicio de detección de la Clínica Especializada Condesa, con un promedio de crecimiento anual de 14.3%.

El desempeño de los consejeros que trabajan en el servicio de detección a aumentado en promedio 20% anualmente. En el 2013, cada consejero atendió a más de 3,000 personas.

Se tiene la primera y única clínica de personas Trans en México, que ha ofrecido servicios de atención especializada gratuita a 725 personas transgénero. Casi 18 personas Trans llegan por primera vez de forma mensual a esta clínica de las cuales más del 30% resultan VIH positivas.

Desde enero a diciembre del 2013, se han atendido un total de 1,076 personas víctimas de violencia sexual.

El 91% corresponde a mujeres con una edad promedio de 23 años, y el 9% restante a Hombres con edad promedio de 21 años. El 85% de las víctimas no había iniciado vida sexual.

Entre el 2009 y 2013, se han diagnosticado 431 casos de VIH y se han atendido 380 hombres y 22 mujeres viviendo con VIH en los centros de reclusión de la Ciudad de México. Actualmente se encuentran 185 hombres, 12 mujeres internos y 3 internos de las comunidades para adolescentes recibiendo atención. En el 2013 se han realizado 2,112 pruebas de detección.

De enero a noviembre de 2013, sumando los esfuerzos conjuntos de las instancias encargadas de atender adicciones (IAPA, Toxicológico V. Carranza y Programa de Reducción de Daños del Programa de VIH de la Ciudad de México) se lograron realizar 4014 pruebas de VIH, de las cuales 565 fueron de mujeres en el rango de edad de 12 a 64 años.

Entre 2011 y 2013, se han incorporado 482 hombres al de Punto Seguro que atiende a Trabajadores Sexuales (TS) y hombres con múltiples parejas. De enero a octubre del 2013 se han detectado 74 TS y múltiples parejas con VIH. 249 hombres se han incorporado en 2013.¹⁶

2.2. Normas técnicas correspondientes a VIH-SIDA, derechos humanos, género y cero discriminación

2.2.1. ONUSIDA.

Es el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Se estableció en enero de 1996 para dar respuesta al VIH y afrontar la pandemia a nivel mundial.

¹⁶ Informe epidemiológico del VIH/SIDA en la Ciudad de México. Programa de VIH/SIDA en la Ciudad de México. Clínica especializada Condesa, 2013.

Metas:

1. Reducción de la transmisión sexual.
2. Prevención del VIH entre usuarios de drogas.
3. Eliminación de nuevos casos de infección por VIH en niños.
4. Acceso al tratamiento para 15 millones de personas.
5. Erradicación de las muertes por tuberculosis.
6. Reducción de la diferencia en los recursos.
7. Eliminación de las desigualdades de género.
8. Erradicación del estigma y la discriminación.
9. Eliminación de las restricciones de viaje.
10. Fortalecimiento de la integración del VIH.

De estas metas me enfocare en tres muy importantes que es:

7. Eliminación de las desigualdades de género. Eliminar las desigualdades de género y el abuso y la violencia de género, y aumentar la capacidad de mujeres adultas y jóvenes para protegerse a sí mismas frente al VIH.

8. Erradicación del estigma y la discriminación. Erradicar el estigma y la discriminación contra las personas que viven con el VIH o se ven afectadas por este a través de la promulgación de leyes y políticas que garanticen la consecución de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

10. Fortalecimiento de la integración del VIH. Eliminación de sistemas paralelos para los servicios relacionados con el VIH para fortalecer la integración de la respuesta al sida en los esfuerzos de desarrollo y la salud mundiales.¹⁷

¹⁷ Metas ONUSIDA. Véase <http://www.unaids.org/es/targetsandcommitments> (consultado el 21 de abril de 2016).

2.2.2. Metas del desarrollo sostenible.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ODS) son fruto del acuerdo alcanzado por los Estados Miembros de las Naciones Unidas y se componen de una Declaración, 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y 169 metas. Los Estados Miembros han convenido en tratar de alcanzarlos para 2030. La salud ocupa un lugar fundamental en el ODS in SDG 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, articulado en torno a 13 metas que cubren un amplio abanico de la labor de la OMS. La mayoría de los ODS están relacionados directamente con la salud o contribuirán a la salud indirectamente. El nuevo programa, basado en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, tiene por objeto ser pertinente a todos los países y se centra en mejorar la igualdad para responder a las necesidades de las mujeres, los niños y las personas más necesitadas y desfavorecidas.¹⁸

Dentro de estas metas destaca el Objetivo 3: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades" que establece:

3.1 Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

3.2 Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

3.3 Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.

¹⁸ Objetivos de desarrollo sostenibles. Véase <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/es/> . (consultado el 21 de abril de 2016).

3.4 Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.

3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.

3.6 Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.

3.7 Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esencial de calidad y el acceso a medicamentos y vacuna seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

3.9 Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.

3.a Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.

3.b Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad

Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.

3.c Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.

3.d Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.¹⁹

2.2.3. Estrategia ONUSIDA 2016-2021.

La Organización Mundial de la Salud en el año 2015 crea el Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH para 2016-2021 que establece de forma general poner fin a la epidemia de SIDA como amenaza para la salud pública para 2030 que forma parte de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre de 2015.

Se han establecido metas intermedias que deberán cumplirse para 2020. En este proyecto de estrategia, se describe de qué manera el sector de la salud contribuirá al logro de esas metas: se expone tanto lo que deben hacer los países como lo que hará la Organización Mundial de la Salud (OMS). Si los países y la OMS ponen en práctica estas medidas de vía rápida, se logrará acelerar e intensificar la respuesta ante el VIH para hacer realidad el objetivo de “poner fin al sida”.

¹⁹ Objetivo 3: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades". Véase <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/> (Consultado el 21 de abril de 2016).

En este proyecto de estrategia, la respuesta del sector de salud ante el VIH es decisiva para lograr la universalidad en la cobertura sanitaria, una de las principales metas de salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Este proyecto de estrategia promueve un enfoque centrado en las personas, basado en los principios de los derechos humanos y la equidad sanitaria. Además, contribuirá a reducir drásticamente el número de nuevas infecciones con VIH y el de muertes relacionadas con este virus, a la vez que permitirá mejorar la salud y el bienestar de las personas que viven con VIH.

Asimismo, orientará los esfuerzos destinados a acelerar y focalizar las iniciativas de prevención del VIH, lograr que más personas conozcan su estado serológico, suministrar tratamiento antirretroviral y atención integral y de largo plazo a todas las personas que viven con el virus, y hacer frente a la estigmatización y la discriminación por VIH, sumamente difundidas.

En la próxima fase de la respuesta frente al VIH, se deberá procurar especialmente crear asociaciones amplias y establecer nexos sólidos con áreas dedicadas a otros problemas de salud y desarrollo. Este proyecto de estrategia se corresponde plenamente con la agenda y las metas de salud y desarrollo para el período posterior a 2015. En él se describe la contribución del sector de la salud a la respuesta amplia y multisectorial delineada en la estrategia del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) para 2016-20215. También se corresponde con otras estrategias y planes mundiales sobre salud, entre ellos, los referidos a las infecciones de transmisión sexual, la tuberculosis, la hepatitis vírica, la salud sexual y reproductiva, la salud materna e infantil, la seguridad de la sangre, las enfermedades no transmisibles y los servicios de salud integrados y centrados en las personas. Por otro lado, este proyecto de estrategia toma como base los extraordinarios esfuerzos desplegados por muchos países, en reconocimiento de que los países y las comunidades son actores esenciales en la respuesta frente al virus. Asimismo, se toman en cuenta las estrategias sobre VIH y las estrategias sobre salud en general de los

principales asociados en el desarrollo, entre los que se cuenta el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, y el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida. La aplicación plena de este proyecto de estrategia contribuirá al logro de otros Objetivos de Desarrollo Sostenible: permitirá evitar y aliviar la pobreza, reducir desigualdades, promover la igualdad de género, mejorar la productividad y abordar la exclusión, la estigmatización y la discriminación.²⁰

2.2.4. Organización panamericana de la salud OPS.

La OPS/OMS Organización Panamericana de la Salud (OPS) es un organismo internacional de salud pública con más de 100 años de experiencia dedicado a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de las Américas. Goza de reconocimiento internacional como parte del Sistema de las Naciones Unidas, y actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Dentro del Sistema Interamericano, es el organismo especializado en salud.

La OPS está comprometida a lograr que cada persona tenga acceso a la atención de salud que necesita, de calidad, y sin caer en la pobreza. Por medio de su labor, promueve y apoya el derecho de todos a la salud.

Con el fin de lograr estas metas, fomenta la cooperación entre países y trabaja en forma colaborativa con los ministerios de Salud y otras agencias de gobierno, organizaciones de la sociedad civil, agencias internacionales, universidades, organismos de la seguridad social, grupos comunitarios y otros socios.

²⁰ Estrategia ONUSIDA 2016-2021. Véase http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15-18_EN_rev1.pdf (consultado el 21 de abril de 2016).

La OPS vela porque la salud sea incluida en todas las políticas y porque todos los sectores hagan su parte para asegurar que las personas vivan más y mejores años de vida, porque la salud es nuestro recurso más valioso.²¹

Su visión

Ser el mayor catalizador para asegurar que toda la población de las Américas goce de una óptima salud y contribuir al bienestar de sus familias y sus comunidades.

Su misión

Cooperar técnicamente con los países miembros y estimular la cooperación entre ellos para que a la vez que conserva un ambiente saludable y avanza hacia el desarrollo humano sostenible, la población de las Américas alcance Salud para Todos y por Todos.

De igual manera sus valores:

Equidad

Excelencia

Solidaridad

Respeto

Integridad

La OPS establece dos programas en conjunto para las Américas que son la agenda de salud para las Américas y el plan regional de VIH/ITS para el sector salud.

²¹ OMS-OPS. Véase http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=91&Itemid=220&lang=es. (consultado el 21 de abril de 2016).

2.2.5. Agenda de salud para las Américas 2008-2017.

Tiene como objetivo orientar la acción colectiva de los socios nacionales e internacionales interesados en contribuir a mejorar la salud de los pueblos de esta región, a lo largo de la próxima década.

Los Gobiernos reiteran su compromiso con la visión de una región más saludable y más equitativa en aspectos de salud, donde se aborden los determinantes de salud y se mejore el acceso a servicios y bienes de salud individual y colectiva. Una región en la que cada individuo, familia y comunidad tenga la oportunidad de desarrollarse al máximo de su potencial.

Principios y valores

1.- Derechos humanos, universalidad, accesibilidad e inclusión

La Constitución de la OMS señala que: “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social...”. Con el propósito de hacer realidad este derecho, los países deben procurar el logro de la universalidad, accesibilidad, integralidad, calidad e exclusividad en los sistemas de salud dispuestos para individuos, familias y comunidades. Los sistemas de salud deben rendir cuentas ante la ciudadanía respecto al grado en que cumplen estas condiciones.

2.- Solidaridad panamericana

La solidaridad, definida como la colaboración entre los países de las Américas, para el impulso de intereses y el avance de responsabilidades compartidas para alcanzar metas comunes, es una condición indispensable para superar las inequidades observadas en materia de salud y fortalecer la seguridad sanitaria panamericana durante crisis, emergencias y desastres.

3.- Equidad en salud

La búsqueda de la equidad en salud se manifiesta en el empeño por eliminar toda desigualdad de salud evitable, injusta y remediable entre poblaciones o grupos. Esta búsqueda debe enfatizar la necesidad ineludible de fomentar la equidad de género en salud.

4.- Participación social

La oportunidad de toda la sociedad de participar en la definición y ejecución de las políticas públicas de salud y en la evaluación de sus resultados.²²

Todo esto se da debido a la observancia de las tendencias en salud en las Américas como son las enfermedades transmisibles, crónico degenerativas, trauma, enfermedades mentales, violencia y enfermedades laborales. Pero sin dejar atrás las más sobresalientes como son la diabetes, hipertensión, malaria, tuberculosis y el VIH/SIDA.

Para dar paso a una mejor calidad en salud se establecen líneas de acción concreta y significativa que llevaran al desarrollo de una mejor atención:

- a) Fortalecer la autoridad sanitaria nacional.
- b) Abordar los determinantes de salud.
- c) Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad.
- d) Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos.
- e) Reducir los riesgos y la carga de la enfermedad.
- f) Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud.
- g) Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología.
- h) Fortalecer la seguridad sanitaria.

²² OMS-OPS. Agenda de salud para las Américas 2008-2017. Panamá, 2007.

2.2.6. Plan regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015.

En las Américas, el VIH constituye una importante amenaza a la salud pública. El número de personas positivas al VIH y de quienes mueren como consecuencia del sida se ha incrementado en los últimos años, y se considera que continuará aumentando en la próxima década. Los programas puestos en marcha por los programas nacionales de sida han tenido éxito en toda la Región, pero sus esfuerzos se ven obstaculizados por la falta de infraestructura, la inexistencia de apoyo político y la persistencia del estigma y la discriminación.

Todos los países de la Región han suscrito acuerdos sobre VIH/sida, incluido el Objetivo 6 de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, destinados a detener y revertir la propagación del VIH y cumplir la Declaración de Compromiso de la Reunión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/sida (UNGASS). El cumplimiento de estas metas requerirá una ampliación de los programas existentes y la cooperación entre sectores y países.

El Plan Regional de VIH/ITS de la OPS para el sector de la salud 2006-2015 constituye una herramienta que permitirá asistir a los sectores de salud de las Américas a responder más eficazmente a la epidemia de VIH y prevenir a controlar las ITS. Deberá implementarse al nivel regional en todos los países de la Región. El Plan se concentra en el logro del acceso universal a la atención integral, incluidas la prevención, la atención y el tratamiento, y aborda estos elementos de forma integral.

Líneas críticas de acción.

- 1.-Fortalecer el liderazgo y guía del sector salud y promover la participación de la sociedad civil.
- 2.-Diseñar e implementar programas efectivos y sostenibles de VIH/sida/ITS, y formar la capacidad de recursos humanos.

- 3.-Fortalecer, expandir y reorientar los servicios de salud.
- 4.-Mejorar el acceso a medicamentos, diagnósticos y otros productos.
- 5.-Mejorar la gestión de la información y los conocimientos, incluso las actividades de supervisión, vigilancia, evaluación y difusión.²³

Políticas

1.-Acceso universal a la atención integral, que incluye el continuo de atención desde la prevención al tratamiento, incluidos la terapia antirretroviral y los productos necesarios, gratuitos en el punto de prestación del servicio.

2.-Promoción de la salud basada en la evidencia y programas de prevención del VIH para y con miembros de los grupos afectados, incluidos los jóvenes y niños/as, los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, las mujeres, los usuarios de drogas inyectables, los trabajadores del sexo, las poblaciones indígenas, los trabajadores migratorios y otras poblaciones relevantes cuya calidad de vida puede mejorarse reduciendo su vulnerabilidad y eliminando los riesgos.

3.-Políticas y programas con sensibilidad al género concentradas en la mitigación de desigualdades que surgen de los diferentes papeles de hombres y mujeres, las relaciones desiguales de poder entre ellos, y las consecuencias que estas desigualdades tienen para la vida, la salud y el bienestar de las mujeres y los hombres.

4.-La revitalización del compromiso a favor de la prevención y el control de ITS, reconociendo que la presencia de ITS desempeña un importante papel en la transmisión del VIH.

²³ OMS-OPS. Plan regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015. Washington, 2005.

5.-La comprensión de la salud como derecho humano y la necesidad de abordar los determinantes sociales y políticos más amplios de la salud. Este enfoque deberá manifestarse en programas y políticas que reflejen los valores de equidad, excelencia, solidaridad, respeto, integridad, eficiencia, participación y autonomía.²⁴

2.2.7. Derechos humanos.

Declaración universal de derechos humanos

Adoptada y proclamada por la asamblea general en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948.

Los Derechos Humanos son el conjunto de prerrogativas sustentadas en la dignidad humana, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral de la persona. Este conjunto de prerrogativas se encuentra establecido dentro del orden jurídico nacional, en nuestra Constitución Política, tratados internacionales y las leyes.

El respeto hacia los derechos humanos de cada persona es un deber de todos. Todas las autoridades en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos consignados en favor del individuo.

De igual manera, la aplicación de los derechos humanos a la que se encuentran obligadas todas las autoridades se rige por los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.²⁵

Principios

Principio de Universalidad: señala que los derechos humanos corresponden a todas las personas por igual.

²⁴ OMS-OPS. Plan regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015. Washington, 2005.

²⁵ Derechos humanos. Véase http://www.cndh.org.mx/Que_son_Derechos_Humanos . (consultado el 23 de agosto de 2016).

Principio de Interdependencia: consiste en que cada uno de los derechos humanos se encuentran ligados unos a otros, de tal manera que el reconocimiento de uno de ellos , así como su ejercicio, implica necesariamente que se respeten y protejan múltiples derechos que se encuentran vinculados.

Principio de Indivisibilidad: Se habla de indivisibilidad de los derechos humanos en función a que poseen un carácter indivisible pues todos ellos son inherentes al ser humano y derivan de su dignidad.

Lo anterior quiere decir que disfrute de los derechos humanos sólo es posible en conjunto y no de manera aislada ya que todos se encuentran estrechamente unidos.

Principio de Progresividad: Constituye una obligación del Estado para asegurar el progreso en el desarrollo constructivo de los derechos humanos, al mismo tiempo, implica una prohibición para el Estado respecto a cualquier retroceso de los derechos.

El Estado debe proveer las condiciones más óptimas de disfrute de los derechos y no disminuir ese nivel logrado.

El poder público debe hacer todo lo necesario para que sean superadas la desigualdad, la pobreza y la discriminación.

La promoción, respeto, protección y garantía de los Derechos Humanos tiene la función de:

- Contribuir al desarrollo integral de la persona.
- Buscar que todas las personas gocen de una esfera de autonomía donde les sea posible trazar un plan de vida digna que pueda ser desarrollado,

protegidas de los abusos de autoridades, servidores públicos y de los mismos particulares.

- Representa límites a las actuaciones de todos los servidores públicos, sin importar su nivel jerárquico o institución gubernamental, sea Federal, Estatal o Municipal, siempre con el fin de prevenir los abusos de poder, negligencia o simple desconocimiento de la función.
- Crear condiciones suficientes que permitan a todas las personas tomar parte activa en el manejo de los asuntos públicos y en la adopción de las decisiones comunitarias (vida democrática).²⁶

Derechos

- 1) Derecho a la vida
- 2) Derecho a la igualdad y prohibición de discriminación
- 3) Igualdad entre mujeres y hombres
- 4) Igualdad ante la ley
- 5) Libertad de la persona
- 6) Derecho a la integridad y seguridad personales
- 7) Libertad de trabajo, profesión, industria o comercio
- 8) Libertad de expresión
- 9) Libertad de conciencia
- 10) Libertad de imprenta
- 11) Derecho a libertad de tránsito y residencia
- 12) Libertad de asociación, reunión y manifestación
- 13) Libertad religiosa y de culto
- 14) Derecho de acceso a la justicia
- 15) Derecho a la irretroactividad de la ley
- 16) Derecho de audiencia y debido proceso legal

²⁶Principios de los derechos humanos. Véase http://www.cndh.org.mx/Que_son_Derechos_Humanos . (consultado el 23 de agosto de 2016).

- 17) Principio de legalidad
- 18) Seguridad jurídica en materia de detención
- 19) Seguridad jurídica para los procesados en materia penal
- 20) Derechos de la víctima u ofendido
- 21) Seguridad jurídica en las detenciones ante autoridad judicial
- 22) Seguridad jurídica respecto de la imposición de sanciones y multas
- 23) Seguridad jurídica en los juicios penales
- 24) Derecho a la inviolabilidad del domicilio
- 25) Derecho a la inviolabilidad de las comunicaciones privadas
- 26) Derecho a la propiedad
- 27) Derechos sexuales y reproductivos
- 28) Derecho de acceso a la información
- 29) Derecho a la protección de datos personales
- 30) Derecho de petición
- 31) Derecho a la ciudadanía
- 32) Derecho a la reparación integral y a la máxima protección.
- 33) Derecho a la educación
- 34) Derecho a la salud
- 35) Derecho a la vivienda
- 36) Derecho al agua y saneamiento
- 37) Derecho a la alimentación
- 38) Derecho a un medio ambiente sano
- 39) Derecho a la identidad y al libre desarrollo de la personalidad
- 40) Derechos de los pueblos y comunidades indígenas
- 41) Derechos agrarios
- 42) Derecho de acceso a la cultura
- 43) Derecho a la cultura física y al deporte
- 44) Derecho al trabajo
- 45) Derechos en el trabajo
- 46) Derecho a la seguridad social
- 47) Derechos de las niñas, niños y adolescentes

- 48) Derechos de las personas con discapacidad
- 49) Derechos de las personas adultas mayores
- 50) Derechos de las personas migrantes
- 51) Derecho a la reparación integral del daño
- 52) Derecho a la reparación por violaciones a los derechos humanos
- 53) Derecho a la verdad.²⁷

2.2.8. Principios de Yogyakarta.

Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género.

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. Todos los derechos humanos son universales, complementarios, indivisibles e interdependientes. La orientación sexual y la identidad de género son esenciales para la dignidad y la humanidad de toda persona y no deben ser motivo de discriminación o abuso.

Las violaciones a los derechos humanos basadas en la orientación sexual o las identidades de género reales o percibidas de las personas constituyen un patrón global y arraigado que es motivo de seria preocupación. Entre estas violaciones se encuentran los asesinatos extrajudiciales, la tortura y los malos tratos, las agresiones sexuales y las violaciones, las injerencias en la privacidad, las detenciones arbitrarias, la negación de empleo o de oportunidades educativas, así como una grave discriminación en el goce de otros derechos humanos. Estas violaciones a menudo se ven agravadas por la vivencia de otras formas de violencia, odio, discriminación y exclusión, como aquellas basadas en la raza, la edad, la religión, la discapacidad o la condición económica, social o de otra índole.

Muchos Estados y sociedades imponen a las personas normas relativas a la orientación sexual y la identidad de género a través de las costumbres, las leyes y la violencia, y procuran controlar cómo las personas viven sus relaciones

²⁷ Derechos humanos. Véase http://www.cndh.org.mx/Cuales_son_Derechos_Humanos . (consultado el 23 de agosto de 2016).

personales y cómo se definen a sí mismas. La vigilancia en torno a la sexualidad continúa siendo una de las fuerzas principales que sustentan la perpetuación de la violencia basada en el género y de la desigualdad entre los géneros.

Los Principios de Yogyakarta se ocupan de una amplia gama de normas de derechos humanos y de su aplicación a las cuestiones relativas a la orientación sexual y la identidad de género. Los Principios afirman la obligación primordial que cabe a los Estados en cuanto a la implementación de los derechos humanos. Cada Principio se acompaña de recomendaciones detalladas dirigidas a los Estados.

Las y los especialistas coinciden en que los Principios de Yogyakarta reflejan el estado actual de la legislación internacional de derechos humanos en relación a las cuestiones de orientación sexual e identidad de género. Asimismo reconocen que los Estados podrían contraer obligaciones adicionales conforme la legislación en materia de derechos humanos continúe evolucionando.

Los Principios de Yogyakarta afirman las normas legales internacionales vinculantes que todos los Estados deben cumplir. Prometen un futuro diferente en el que todas las personas, habiendo nacido libres e iguales en dignidad y derechos, puedan realizar esos valiosos derechos que les corresponden por su nacimiento.²⁸

Principios

- El derecho al disfrute universal de los derechos humanos: Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. Los seres humanos de todas las orientaciones sexuales e identidades de género tienen derecho al pleno disfrute de todos los derechos humanos.
- Los derechos a la igualdad y a la no discriminación: Todas las personas tienen derecho al disfrute de todos los derechos humanos, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género.

²⁸ Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. Principios de Yogyakarta. Indonesia, 2016.

Todas las personas tienen derecho a ser iguales ante la ley y tienen derecho a igual protección por parte de la ley, sin ninguna de las discriminaciones mencionadas, ya sea que el disfrute de otro derecho humano también esté afectado o no. La ley prohibirá toda discriminación de esta clase y garantizará a todas las personas protección igual y efectiva contra cualquier forma de discriminación de esta clase.

- La discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género incluye toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en la orientación sexual o la identidad de género que tenga por objeto o por resultado la anulación o el menoscabo de la igualdad ante la ley o de la igual protección por parte de la ley, o del reconocimiento, o goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de los derechos humanos y las libertades fundamentales. La discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género puede verse y por lo común se ve agravada por la discriminación basada en otras causales, incluyendo género, raza, edad, religión, discapacidad, estado de salud y condición económica.
- El derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica: Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica. Las personas en toda su diversidad de orientaciones sexuales o identidades de género disfrutarán de capacidad jurídica en todos los aspectos de la vida. La orientación sexual o identidad de género que cada persona defina para sí, es esencial para su personalidad y constituye uno de los aspectos fundamentales de su autodeterminación, su dignidad y su libertad. Ninguna persona será obligada a someterse a procedimientos médicos, incluyendo la cirugía de reasignación de sexo, la esterilización o la terapia hormonal, como requisito para el reconocimiento legal de su identidad de género. Ninguna condición, como el matrimonio o la maternidad o paternidad, podrá ser invocada como tal con el fin de impedir el reconocimiento legal de la identidad de género de una persona. Ninguna persona será sometida a presiones para ocultar, suprimir o negar su orientación sexual o identidad de género.

- El derecho a la vida: Toda persona tiene derecho a la vida. Ninguna persona será privada de la vida arbitrariamente por ningún motivo, incluyendo la referencia a consideraciones acerca de su orientación sexual o identidad de género. A nadie se le impondrá la pena de muerte por actividades sexuales realizadas de mutuo acuerdo entre personas que sean mayores de la edad a partir de la cual se considera válido el consentimiento, o por su orientación sexual o identidad de género.
- El derecho a la seguridad personal: Toda persona, con independencia de su orientación sexual o identidad de género, tiene derecho a la seguridad personal y a la protección del Estado frente a todo acto de violencia o daño corporal que sea cometido por funcionarios públicos o por cualquier individuo o grupo.
- El derecho a la privacidad: Todas las personas, con independencia de su orientación sexual o identidad de género, tienen derecho a gozar de su privacidad, sin injerencias arbitrarias o ilegales, inclusive en cuanto a su familia, su domicilio o su correspondencia, así como derecho a la protección contra ataques ilegales a su honra o a su reputación. El derecho a la privacidad normalmente incluye la opción en cuanto a revelar o no información relacionada con la propia orientación sexual o identidad de género, como también las decisiones y elecciones relativas al propio cuerpo y a las relaciones sexuales o de otra índole consensuadas con otras personas.
- El derecho de toda persona a no ser detenida arbitrariamente: Ninguna persona deberá ser arrestada o detenida en forma arbitraria. Es arbitrario el arresto o la detención por motivos de orientación sexual o identidad de género, ya sea en cumplimiento de una orden judicial o por cualquier otra razón. En base a la igualdad, todas las personas que están bajo arresto, con independencia de su orientación sexual o identidad de género, tienen el derecho a ser informadas de las razones del arresto y notificadas del carácter de las acusaciones formuladas en su contra; asimismo, tienen el derecho a ser llevadas sin demora ante un funcionario o funcionaria a quien

la ley habilite para ejercer funciones judiciales, como también a recurrir ante un tribunal a fin de que este decida sobre la legalidad de su detención, ya sea que se les haya acusado o no de ofensa alguna.

- El derecho a un juicio justo: Toda persona tiene derecho a ser oída en audiencia pública y con justicia por un tribunal competente, independiente e imparcial, establecido por la ley, para la determinación de sus derechos y obligaciones en la substanciación de cualquier acusación de carácter penal formulada en su contra, sin prejuicios ni discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género.
- El derecho de toda persona privada de su libertad a ser tratada humanamente: Toda persona privada de su libertad será tratado humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano. La orientación sexual y la identidad de género son fundamentales para la dignidad de toda persona.
- El derecho de toda persona a no ser sometida a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes: Todas las personas tienen el derecho a no ser sometidas a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, incluso por razones relacionadas con la orientación sexual o la identidad de género.
- El derecho a la protección contra todas las formas de explotación, venta y trata de personas: Toda persona tiene derecho a la protección contra la trata, venta y toda forma de explotación, incluyendo la explotación sexual pero sin limitarse a ella, por causa de su orientación sexual o identidad de género real o percibido. Deberá garantizarse que las medidas diseñadas para prevenir la trata tengan en cuenta los factores que aumentan la vulnerabilidad frente a ella, entre ellos las diversas formas de desigualdad y de discriminación por orientación sexual o identidades de género reales o percibidas, o por la expresión de estas u otras identidades. Tales medidas deberán ser compatibles con los derechos humanos de las personas que se encuentran en riesgo de trata.

- El derecho al trabajo: Toda persona tiene derecho al trabajo digno y productivo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género
- El derecho a la seguridad social y a otras medidas de protección social: Todas las personas tienen derecho a la seguridad social y a otras medidas de protección social, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género
- El derecho a un nivel de vida adecuado: Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, lo cual incluye alimentación adecuada, agua potable, servicios sanitarios y vestimenta adecuadas, así como a la mejora continua de sus condiciones de vida, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género
- El derecho a una vivienda adecuada: Toda persona tiene derecho a una vivienda adecuada, lo que incluye la protección contra el desalojo, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género
- El derecho a la educación: Toda persona tiene derecho a la educación, sin discriminación alguna basada en su orientación sexual e identidad de género, y con el debido respeto hacia estas
- El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: Todas las personas tienen el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género. La salud sexual y reproductiva es un aspecto fundamental de este derecho.
- Protección contra abusos médicos: Ninguna persona será obligada a someterse a ninguna forma de tratamiento, procedimiento o exámenes médicos o psicológicos, ni a permanecer confinada en un establecimiento médico, por motivo de su orientación sexual o su identidad de género. Con independencia de cualquier clasificación que afirme lo contrario, la orientación sexual y la identidad de género de una persona no constituyen,

en sí mismas, trastornos de la salud y no deben ser sometidas a tratamiento o atención médicas, ni suprimidas.

- El derecho a la libertad de opinión y de expresión: Toda persona tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión, con independencia de su orientación sexual o identidad de género. Esto incluye la expresión de la identidad o la personalidad mediante el lenguaje, la apariencia y el comportamiento, la vestimenta, las características corporales, la elección de nombre o por cualquier otro medio, como también la libertad de buscar, recibir e impartir información e ideas de todos los tipos, incluso la concerniente a los derechos humanos, la orientación sexual y la identidad de género, a través de cualquier medio y sin tener en cuenta a las fronteras.
- El derecho a la libertad de reunión y de asociación pacíficas: Toda persona tiene derecho a la libertad de reunión y de asociación pacíficas, incluso con el fin de manifestarse de manera pacífica, con independencia de su orientación sexual o identidad de género. Las personas pueden crear reconocer, sin discriminación, asociaciones basadas en la orientación sexual o la identidad de género, así como asociaciones que distribuyan información a, o sobre personas de las diversas orientaciones sexuales e identidades de género, faciliten la comunicación entre estas personas y aboguen por sus derechos y hacer que dichas asociaciones les sean reconocidas.
- El derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión: Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión, con independencia de su orientación sexual o identidad de género. Estos derechos no pueden ser invocados por el Estado para justificar leyes, políticas o prácticas que nieguen el derecho a igual protección de la ley o que discriminen por motivos de orientación sexual o identidad de género.
- El derecho a la libertad de movimiento: Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado, con independencia de su orientación sexual o identidad de género. La orientación sexual y la identidad de género nunca podrán ser invocadas

para limitar o impedir el ingreso de una persona a un Estado, su salida de este o su retorno al mismo, incluyendo el Estado del cual la persona es ciudadana.

- El derecho a procurar asilo: En caso de persecución, incluida la relacionada con la orientación sexual o la identidad de género, toda persona tiene derecho a procurar asilo, y a obtenerlo en cualquier país. Un Estado no podrá remover, expulsar o extraditar a una persona a ningún Estado en el que esa persona pudiera verse sujeta a temores fundados de sufrir tortura, persecución o cualquier otra forma de penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes en base a la orientación sexual o identidad de género.
- El derecho a formar una familia: Toda persona tiene el derecho a formar una familia, con independencia de su orientación sexual o identidad de género. Existen diversas configuraciones de familias. Ninguna familia puede ser sometida a discriminación basada en la orientación sexual o identidad de género de cualquiera de sus integrantes.
- El derecho a participar en la vida pública: Todas las personas que sean ciudadanas gozarán del derecho a participar en la conducción de los asuntos públicos, incluido el derecho a postularse a cargos electivos, a participar en la formulación de políticas que afecten su bienestar y a tener acceso, en condiciones generales de igualdad, a todos los niveles de funcionarias y funcionarios públicos y al empleo en funciones públicas, incluso en la policía y las fuerzas armadas, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género.
- El derecho a participar en la vida cultural: Toda persona, con independencia de su orientación sexual o identidad de género, tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural y a expresar la diversidad de orientaciones sexuales e identidades de género a través de la participación cultural.
- El derecho a promover los derechos humanos: Toda persona tiene derecho, individualmente o asociándose con otras, a promover la protección y realización de los derechos humanos en los planos nacional e internacional, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género.

Esto incluye las actividades encaminadas a promover y proteger los derechos de las personas de diversas orientaciones sexuales e identidades de género, así como el derecho a desarrollar y debatir nuevas normas relacionadas con los derechos humanos y a trabajar por la aceptación de las mismas.

- El derecho a recursos y resarcimientos efectivos: Toda víctima de una violación de los derechos humanos, incluso de una violación basada en la orientación sexual o la identidad de género, tiene el derecho a recursos eficaces, adecuados y apropiados. Las medidas adoptadas con el propósito de brindar reparaciones a personas de diversas orientaciones sexuales e identidades de género, o de asegurar el adecuado desarrollo de estas personas, son esenciales para el derecho a recursos y resarcimientos efectivos.

Toda persona cuyos derechos humanos sean violados, incluyendo los derechos a los que se hace referencia en estos Principios, tiene derecho a que a las personas directa o indirectamente responsables de dicha violación, sean funcionarios o funcionarias públicas o no, se les responsabilice por sus actos de manera proporcional a la gravedad de la violación. No deberá haber impunidad para quienes cometan violaciones a los derechos humanos relacionadas con la orientación sexual o la identidad de género.²⁹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) desarrollen directrices sobre la prestación de servicios y la atención a la salud que resulte apropiada y responda a las necesidades de las personas en lo que concierne a su orientación sexual o identidad de género, con pleno respeto por sus derechos y su dignidad.

²⁹Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. Principios de Yogyakarta. Indonesia, 2016.

2.2.9. El estigma y la discriminación relacionados con el VIH.

El estigma y la discriminación se han identificado como los principales obstáculos para una respuesta eficaz al VIH. No sólo violan los derechos humanos de quienes los sufren, sino que también obstruyen los esfuerzos de salud pública para prevenir nuevas infecciones por el VIH y reducir el impacto de la epidemia en los individuos, familias, comunidades y países. El estigma y la discriminación pueden experimentarse como causa o como consecuencia de la infección por el VIH.

Discriminación

La discriminación supone que un individuo sea tratado de forma menos favorable que otros a causa de alguna característica o cualidad. En términos generales, opera de dos formas distintas en el contexto de la epidemia de VIH: discriminación que aumenta la vulnerabilidad a la infección y discriminación que se relaciona con el propio estado del VIH. A menudo, un mismo individuo sufre múltiples formas de discriminación; por ejemplo, una mujer que viva con el VIH puede experimentar discriminación tanto por su estado del VIH como por motivos de su sexo.

La discriminación relacionada con el estado VIH-positivo, real o presunto, incrementa el impacto de la epidemia sobre las personas infectadas o afectadas por el VIH. Por ejemplo, puede conducir a los individuos y familias a una mayor pobreza y marginación.

La discriminación por motivos del VIH o del estado de salud puede adoptar varias formas; es posible, por ejemplo, que a las personas VIH-positivas se les niegue el tratamiento o se las despidan de su trabajo, o que a los niños infectados o afectados por el VIH se les niegue la educación. También puede haber formas indirectas de discriminación; por ejemplo, cambios en las exigencias laborales que parezcan neutros a primera vista (es decir, basados en las “necesidades de la

organización”), pero que vayan dirigidos contra las personas que viven con el VIH, o que se cree que son VIH-positivas, y resulten imposibles de cumplir.

La discriminación puede influir en la dinámica de la epidemia; por ejemplo, algunas personas no se someten a la prueba del VIH por miedo a las consecuencias de resultar seropositivas. Temores similares pueden impedir que ciertas personas utilicen métodos de prevención para proteger a sus parejas de la infección.

Los miembros de algunos grupos de población son más vulnerables a la discriminación, tanto dentro como fuera del contexto de la epidemia. Los efectos de esta discriminación también agudizan el impacto del VIH. Estos grupos incluyen a las mujeres, migrantes, refugiados, reclusos, personas desplazadas en el propio país, minorías étnicas, pobres y jóvenes. En algunos países, los miembros de ciertos grupos son marginados jurídicos y socialmente a causa de su comportamiento, como profesionales del sexo, personas que consumen drogas y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. La discriminación les impide a menudo tener acceso a información, modalidades (preservativos y equipos limpios de inyección) y servicios (para infecciones de transmisión sexual y tuberculosis) de prevención del VIH. Esto, al igual que su comportamiento de riesgo, los hace altamente vulnerables a la infección por el VIH.

Estigma

El estigma puede entenderse como un “atributo ‘fuertemente deshonroso’ que posee una persona con una ‘diferencia no deseada’”. El estigma se asocia con frecuencia a desinformación o un conocimiento inadecuado sobre el VIH y los modos de transmisión, o bien a juicios morales acerca de cómo se ha infectado una persona. Se singulariza a los individuos o grupos de personas como “responsables” de la epidemia (p.ej., profesionales del sexo o camioneros) o “responsables” de su propia infección.

Sufren destierro, hostigamiento y aislamiento; se convierten en tema de murmuraciones, y pueden ser expulsados de sus hogares o aldeas.

Donde hay estigma es más probable que las personas que viven con el VIH no informen de su estado a los amigos y parientes cercanos, y pueden tener dificultades para tomar medidas que protejan a sus parejas. Las personas que sospechan que son VIH positivas pueden rehusar la prueba, el tratamiento y la asistencia.

La acción para reducir el estigma y la discriminación relacionados con el VIH es una puerta de entrada obvia para que las instituciones nacionales inicien o expandan su trabajo sobre el VIH. El diálogo y la consulta con las personas más afectadas son esenciales para formular un programa de acción eficaz. Existen herramientas para medir y afrontar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH.³⁰

2.2.10. Derechos y obligaciones de personas con VIH/SIDA.

La salud es un derecho fundamental, particularmente en materia de VIH/SIDA. Es un compromiso del Estado garantizar el acceso a prevención, tratamiento, cuidados y apoyo de manera universal.

Para hacer efectivos tales compromisos es necesario prevenir y combatir la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género.

Las condiciones de salud y la garantía de los derechos humanos están estrechamente vinculadas, pues la salud impacta en el ejercicio de los derechos y los derechos impactan en la salud individual y colectiva.

a) Derechos de los pacientes

- Recibir un trato respetuoso y formal en todo momento y bajo toda circunstancia.

³⁰ Manual sobre el VIH y los Derechos Humanos para las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Ginebra, 2007.

- Privacidad personal, recibir información veraz, clara y detallada sobre su estado de salud.
- Rehusarse a hablar con otras personas que no sean quienes le atienden directamente.
- Portar objetos religiosos que no interfieran con su tratamiento, durante su estancia hospitalaria, el vestido apropiado, así como los símbolos.
- Ser examinado en instalaciones apropiadas y, si así lo solicita, ser revisado por personal de su mismo sexo durante ciertas fases del examen.
- Que su expediente sea leído solamente por quienes están involucrados en su tratamiento o los encargados de supervisar la calidad de éste.
- Que toda mención y registro del tratamiento sean tratados confidencialmente.
- Que el responsable de su diagnóstico y tratamiento sea un profesional calificado y certificado.
- Conocer la identidad y la posición profesional de las personas que estén otorgando la atención de salud.
- Conocer el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico (evolutivo).
- Participar, razonablemente, en las decisiones relacionadas con su tratamiento.
- Saber quién, para su caso, autoriza y aplica tratamientos.
- Solicitar la presencia u opinión de otro médico.
- Negarse a recibir un tratamiento.
- Recibir información en relación con las redes de apoyo en caso necesario.

b) Obligaciones de los pacientes

- Proporcionar, a su entender, información precisa y completa sobre la enfermedad motivo de su asistencia a la unidad de atención médica.
- Tiene la responsabilidad de informar sobre cualquier cambio en su condición, así como si entiende claramente el curso de la acción prevista y lo que se espera del paciente.

- Es responsable de seguir el plan de tratamiento recomendado, lo que incluye apegarse al reglamento de la institución.
- Es responsable de cumplir con sus citas y cuando no lo pueda hacer, debe notificar al médico.
- Es responsable de sus acciones si se rehúsa a recibir tratamiento o si no sigue las instrucciones del médico.
- Es responsable de su conducta y de tratar con respeto y cortesía al personal.
- Proporcionar sus datos de ubicación para mantener una relación persona-institución.

Las directrices de la Segunda Consulta Internacional sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos (Ginebra, septiembre de 1996) pretenden orientar a los países a dar una respuesta positiva para reducir la transmisión y efectos de la enfermedad. La promoción y protección de los derechos humanos es necesaria tanto para proteger la dignidad de las personas afectadas como para reducir la vulnerabilidad a la infección, paliar los efectos negativos y dotar de medios a las personas y comunidades para responder a la epidemia.³¹

2.2.11. Constitución política de los estados unidos mexicanos.

Artículo 4- El varón y la mujer son iguales ante la ley. Contempla como una garantía social el derecho a la protección de la salud, y dispone que la ley reglamentaria defina las bases y modalidades para los servicios de salud estableciendo la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.³²

³¹ Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA CONASIDA. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA CENSIDA. Guía de enfermería para la atención de pacientes con VIH. México, 2009

³² Artículo 4to constitucional. Véase <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/5.htm?s>. (consultado el 28 de abril de 2016).

2.2.12. Ley general de salud.

Esta Ley desarrolla y reglamenta el derecho a la protección de la salud en los términos que señala el Artículo 4º de la Constitución. El Artículo 2º establece la finalidad del derecho a la protección de la salud, y conforme lo que establece el Artículo 3, fracciones XVII y XXXIV, es materia de salubridad general la prevención y el control de las enfermedades transmisibles, correspondiendo a la Secretaría de la Salud y a los gobiernos de las entidades federativas realizar, en sus respectivos ámbitos de competencia, actividades de vigilancia epidemiológica, prevención y control de las enfermedades transmisibles, entre las que se encuentran, precisamente, el VIH y el SIDA. La Ley General de Salud se aplica a toda la República Mexicana y sus disposiciones son de orden público e interés social.³³

2.2.13. Norma oficial mexicana (NOM-010-SSA2-2010), para la prevención y control de la infección por virus de inmunodeficiencia humana.

Su propósito es actualizar y uniformar los principios y criterios de operación del Sistema Nacional de Salud respecto de las actividades de prevención y control de la infección por el VIH. Está integrada por once puntos que establecen los aspectos principales para la detección, atención y control del VIH y el sida. Todas las instituciones vinculadas con el sector salud están obligadas a observar esta Norma. Las autoridades responsables de hacerla cumplir de manera directa son el Censida y los programas estatales de prevención y control de estos mismos padecimientos. Establece, del mismo modo, los métodos, principios y criterios de operación de las actividades relacionadas precisamente con su prevención y

³³ Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984. Véase <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf> . Última actualización: 15 de enero de 2014. (consultado el día 28 de abril de 2016).

control, abarcando el diagnóstico temprano y la atención y tratamiento médico oportuno de la infección por el virus que, por su magnitud y trascendencia, representa en México un grave problema de salud pública.

Las disposiciones de esta norma son de orden público e interés social; de ahí que, como se ha señalado, sean de observancia obligatoria en la totalidad del territorio nacional por parte de todas las instituciones y el personal del Sistema Nacional de Salud involucrado en la atención a las PV y sida, incluyendo al personal que realiza acciones de promoción y prevención de la salud, protección específica, tratamiento, atención primaria y control epidemiológico, así como al personal adscrito a unidades de salud que incluye a quienes se desempeñan en laboratorios públicos y privados.

Especifica las acciones de prevención con relación al VIH/sida, así como las de promoción de la salud deberán basarse en evidencia científica, en el respeto a la dignidad y los derechos humanos y no en prejuicios, creencias morales o religiosas.

Las medidas para la prevención y el control del VIH/sida nunca serán coercitivas y deben respetar los criterios del numeral 6.3.6.

6.3.6 Es obligación de todos los servicios de salud que integran el Sistema Nacional de Salud ofrecer la prueba de detección del VIH a todas las personas de manera voluntaria y confidencial para el cuidado de su salud, con especial énfasis en todas mujeres embarazadas para prevenir la infección materno-infantil.³⁴

³⁴ Norma oficial mexicana (NOM-010-SSA2-2010), para la prevención y control de la infección por virus de inmunodeficiencia humana.

2.2.14. Ley para la prevención y atención integral del VIH/SIDA de la Ciudad de México.

Artículo 2. La presente Ley tiene por objeto:

- I. Establecer los principios y criterios que orienten las políticas públicas en materia de prevención y atención integral del VIH/SIDA y otras ITS en el Distrito Federal;
- II. Desarrollar los mecanismos y las herramientas necesarias para el diseño de políticas públicas en materia de prevención y atención a las personas afectadas por el VIH/SIDA y otras ITS;
- III. Establecer las condiciones necesarias para la creación y la implementación de estrategias y programas, de prevención y atención integral del VIH/SIDA y otras ITS.
- IV. Vincular a los sectores público, social y privado en los programas de prevención y atención integral del VIH/SIDA y otras ITS.
- V. Generar mecanismos tendientes a la integración social de las personas afectadas por el VIH/SIDA, y otras ITS.
- VI. Fomentar la prevención del VIH/SIDA y otras ITS, mediante la participación de todos los sectores involucrados.
- VII. Suscitar mecanismos tendientes a la integración social de las personas afectadas por el VIH/SIDA, y otras ITS.
- VIII. Alentar la participación social y ciudadana, en la prevención y la atención integral del VIH/SIDA y otras ITS.
- IX. Articular la participación de la Administración Pública del Gobierno del Distrito Federal en la prevención y la atención integral del VIH/SIDA y otras ITS, mediante la transversalidad de las políticas públicas y programas, los cuales deberán generar las condiciones necesarias para establecer y operar una política libre de estigmas y discriminación.

Artículo 3. Para los efectos de la presente ley, se entenderá por:

- I. Atención Integral: conjunto de intervenciones, herramientas y programas públicos que tienen el objetivo de proporcionar en condiciones de equidad, calidad

y oportunidad, los servicios médicos y psicológicos que sean necesarios a la población afectada por el VIH/SIDA y otras ITS;

II. Centro: a la Dirección Ejecutiva adscrita a la Secretaría de Salud del Distrito Federal que para efectos denominativos se identificará como Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/SIDA del Distrito Federal.

III. Clínica: Clínica Especializada Condesa;

IV. Consejo: Consejo para la Prevención y la Atención Integral del VIH/SIDA en el Distrito Federal;

V. Diagnóstico Integral: detección y confirmación de la presencia del VIH en una persona, así como la determinación de la condición inmunológica y virológica que presenta al momento del diagnóstico;

VI. Equidad: principio conforme al cual toda persona accede con justicia e igualdad al uso, disfrute y beneficio de los bienes, servicios, recursos y oportunidades de la sociedad, así como en la participación en todos los ámbitos de la vida social, económica, política, cultural y familiar;

VII. Equidad de género: concepto que se refiere al principio conforme al cual mujeres y hombres acceden con justicia e igualdad al uso, control y beneficio de los bienes, servicios, recursos y oportunidades de la sociedad, así como a la toma de decisiones en todos los ámbitos de la vida social, económica, política, cultural y familiar;

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

IX. ITS: Infecciones de Transmisión Sexual;

X. Medidas positivas y compensatorias: aquellas de carácter temporal que se implementan para lograr la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad en los servicios de salud, educación, trabajo, justicia o cualquier otro a favor de las personas, grupos y comunidades en situación de discriminación, a fin de alcanzar, en condiciones de igualdad, su participación en la vida pública, y eliminar prácticas discriminatorias;

XI. Perspectiva de género: concepto que se refiere a la metodología y los mecanismos que permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, la desigualdad y la exclusión de las personas, que se pretende justificar con base en las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las acciones que deben emprenderse para crear las condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la equidad de género.

XII. SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida;

XIII. Transversalidad: herramienta metodológica para garantizar la inclusión de las perspectivas de derechos humanos, igualdad y no discriminación y de género como ejes integradores, en la gama de instrumentos, políticas y prácticas de índole legislativa, ejecutiva, administrativa y reglamentaria, tendientes a la homogenización de principios, conceptos y acciones a implementar, para garantizar la concreción del principio de igualdad; y

XIV. VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Capítulo segundo

De los principios y derechos en materia de prevención y programas de atención integral del VIH/SIDA y otras ITS.

Artículo 9. En el Distrito Federal queda prohibida cualquier forma de discriminación en contra de las personas que viven con VIH/SIDA, entendiéndose por aquella la negación, exclusión, distinción, menoscabo, impedimento o restricción de alguno o algunos de los derechos humanos.

Artículo 10. En la prevención y atención integral del VIH/SIDA y de otras ITS en el Distrito Federal se deberán implementar los lineamientos, acciones, medidas y mecanismos que contiene la Ley de Igualdad Sustantiva entre mujeres y hombres en el Distrito Federal, para eliminar todas las formas de discriminación que se generan por pertenecer a cualquier sexo, y de manera particular se garantizará que las mujeres reciban servicios médicos para la prevención y atención de las enfermedades que las afectan de manera exclusiva, cuando tales enfermedades agraven el hecho de que éstas vivan con VIH o VIH/SIDA.

Artículo 11. La prevención y atención integral del VIH/SIDA y de otras ITS en el Distrito Federal se sustentan en los principios de universalidad, indivisibilidad, integralidad e interdependencia de los derechos humanos.

La actuación de las personas que desempeñen funciones públicas en el Gobierno del Distrito Federal, en las materias que son objeto de regulación en la presente Ley, deberá satisfacer los principios de igualdad, no discriminación, tolerancia, justicia social, reconocimiento de las diferencias, respeto a la dignidad y diversidad, accesibilidad y equidad.

Artículo 12. Los servicios que se presten para la prevención y atención integral del VIH/SIDA y de otras ITS deberán estar libres de estereotipos, prejuicios o estigmas, y deberán garantizar que las personas usuarias de los mismos reciban el tratamiento médico cuya eficacia y seguridad estén acreditadas con evidencia científica, y que constituya la mejor alternativa terapéutica, incluyendo los padecimientos e infecciones oportunistas asociadas al VIH o SIDA.

Artículo 13. La prevención del VIH/SIDA debe considerarse en el marco de la promoción de la salud como un proceso para evitar su transmisión en la población, mediante el fortalecimiento de conocimientos, aptitudes, actitudes y hábitos de las personas y la comunidad para participar corresponsablemente en el autocuidado, el cuidado colectivo y la construcción de una sociedad saludable y libre del VIH/SIDA.³⁵

2.2.15. Ley federal para prevenir y eliminar la discriminación.

El Artículo 4º de la Ley citada define lo que se entenderá por discriminación y señala, en el Artículo 9º, qué conductas se consideran discriminatorias. La Ley prohíbe todo tipo de discriminación, incluyendo la vinculada con la orientación sexual (aunque la referencia se hace a la frase “preferencias sexuales”) y las condiciones de salud.

³⁵ Ley para la prevención y atención integral del VIH/SIDA en la Ciudad de México. Ciudad de México. Junio, 2012.

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, talla pequeña, 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.³⁶

2.2.16. COPRED consejo para prevenir y erradicar la discriminación en la Ciudad de México.

En la Ciudad de México existe el Consejo para Prevenir y Erradicar la Discriminación en la Ciudad de México COPRED en ella se establecen leyes para prevenir y erradicar la discriminación, la violencia de género y distintas campañas de derechos humanos, erradicación de la violencia y de VIH/SIDA.

2.2.17. Ley para prevenir y eliminar la discriminación de la Ciudad de México.

Misión

Prevenir y eliminar la discriminación desde el análisis-evaluación y propuesta de política pública y trabajo con la sociedad civil para el cambio de la cultura por la no discriminación, para que toda persona que viva o transita en la Ciudad de México goce sin discriminación, de todos los derechos y libertades consagrados en el orden jurídico mexicano.

Visión

Ser un consejo que se rija por los principios de austeridad, racionalidad y transparencia en todo su quehacer y en la inclusión social y la eliminación de obstáculos que limitan el goce pleno de los derechos y la efectiva participación de

³⁶ Diario Oficial de la Federación, 11 de junio de 2003. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262.pdf> .Última actualización: 24 de diciembre de 2013. (consultado el 28 de abril de 2016).

las personas en la vida política, económica, cultural y social de la ciudad de México.

Objetivos

El artículo 35 de la Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación del Distrito Federal, establece que el Consejo tendrá como objeto:

- Emitir los lineamientos generales de políticas públicas en la materia de combate a la discriminación en el Distrito Federal.
- Diseñar, implementar y promover políticas públicas para prevenir y eliminar la discriminación en el Distrito Federal, analizar la legislación en la materia, así como evaluar su impacto social, para lo cual podrá coordinarse con entes públicos, instituciones académicas y organizaciones de la sociedad civil.
- Coordinar, dar seguimiento y evaluar las acciones de los entes públicos en materia de prevención y erradicación de la discriminación.
- Llevar a cabo asesoría técnica y legislativa en materia de derecho a la no discriminación.
- Dar trámite a los procedimientos de reclamación y quejas previstos en la presente Ley.

Artículo 1.- Las disposiciones de esta Ley son de orden público, interés social y observancia general en el Distrito Federal.

Los beneficios que se deriven de esta Ley, serán aplicables a todas las personas que habitan o transitan en el Distrito Federal.

Artículo 2.- Es obligación de todas las autoridades del Gobierno del Distrito Federal, en colaboración con los demás entes públicos, garantizar que todas las personas gocen, sin discriminación alguna, de todos los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los tratados internacionales firmados y ratificados por los Estados Unidos Mexicanos,

en la presente y demás leyes y en general los derechos fundamentales del ser humano.³⁷

2.3. Fisiopatología del VIH-SIDA.

2.3.1. Concepto.

La historia natural de la infección por el VIH consiste en una primo infección, asintomática en más de la mitad de los casos, seguida de un periodo de latencia clínica de varios años de duración en el que el virus sigue replicándose activa y a gran velocidad.

La mayoría de las pacientes desarrolla luego infecciones oportunistas o neoplasias como consecuencia de una profunda inmunosupresión a esta fase final se le denomina síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA.

La introducción de tratamientos antirretrovíricos muy potente a partir de 1996 ha conseguido parcialmente la inmunidad celular, retrasar considerablemente a la progresión clínica y reducir de forma espectacular la mortalidad.

Las primeras cepas del virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 se aislaron en 1983, posteriormente se identificó un nuevo retrovirus humano tipo 2 endémico en algunos países del África occidental y capaz de producir un cuadro clínico similar al del sida pero con menor agresividad. El primer caso documentado de VIH-1 data de 1959, detectado en una muestra de suero de la República Democrática del Congo.³⁸

2.3.2. Etiología.

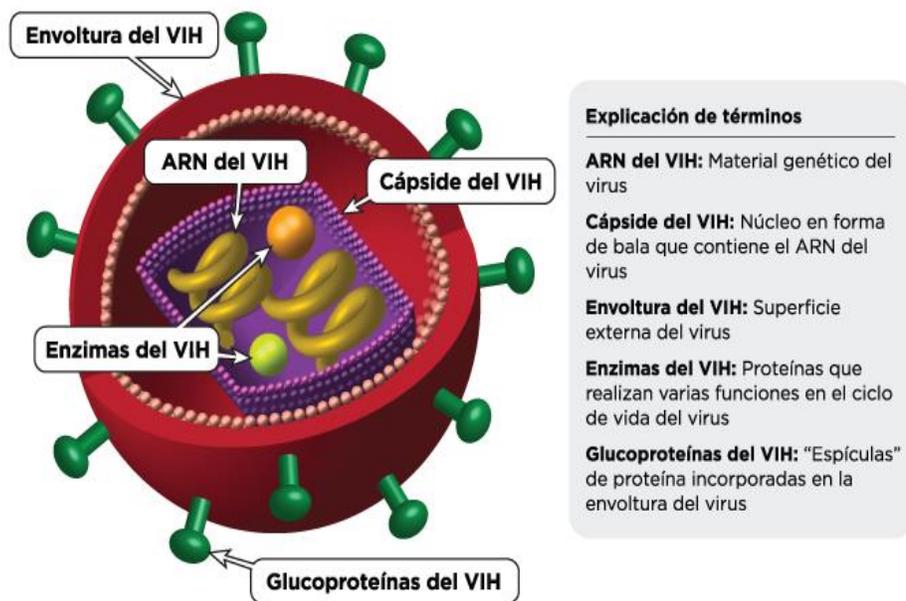
El VIH pertenece a la familia retroviridae, subfamilia lentivirinae, se caracteriza por ser virus RNA diploide, monocatenarios de polaridad positiva y presentar una cápside de simetría icosaédrica recubierta por una envoltura lipídica derivada de la

³⁷ Ley para prevenir y eliminar la discriminación del distrito federal. Véase <http://copred.cdmx.gob.mx/marco-normativo/ley-para-prevenir-y-eliminar-la-discriminacion-en-el-d-f/>. (Consultado el día 28 de abril de 2016).

³⁸ Farreras-Rozman. Medicina interna volumen II. 16va ed. Ed. Elsevier. Pág. 2558. España, 2009.

célula huésped, donde se hallan presentes las glicoproteínas de codificación vírica gp120 y gp41 que interaccionan con los receptores de la célula diana y antígenos de histocompatibilidad clases I y II procedentes de la célula infectada. Gracias a la codificación de una transcriptasa inversa característica o retrotranscriptasa que da nombre a la familia, es capaz de integrarse al genoma de la célula huésped, fase necesaria para su posterior transcripción y formación de nuevos viriones.

Una de sus principales características del VIH-1 es su importante variabilidad genética que, conjuntamente con su elevada cinética de replicación, hace que sea un virus que se adapte muy rápidamente a ambientes cambiantes, como las presiones ambientales selectivas de origen inmunológico o farmacológico.³⁹



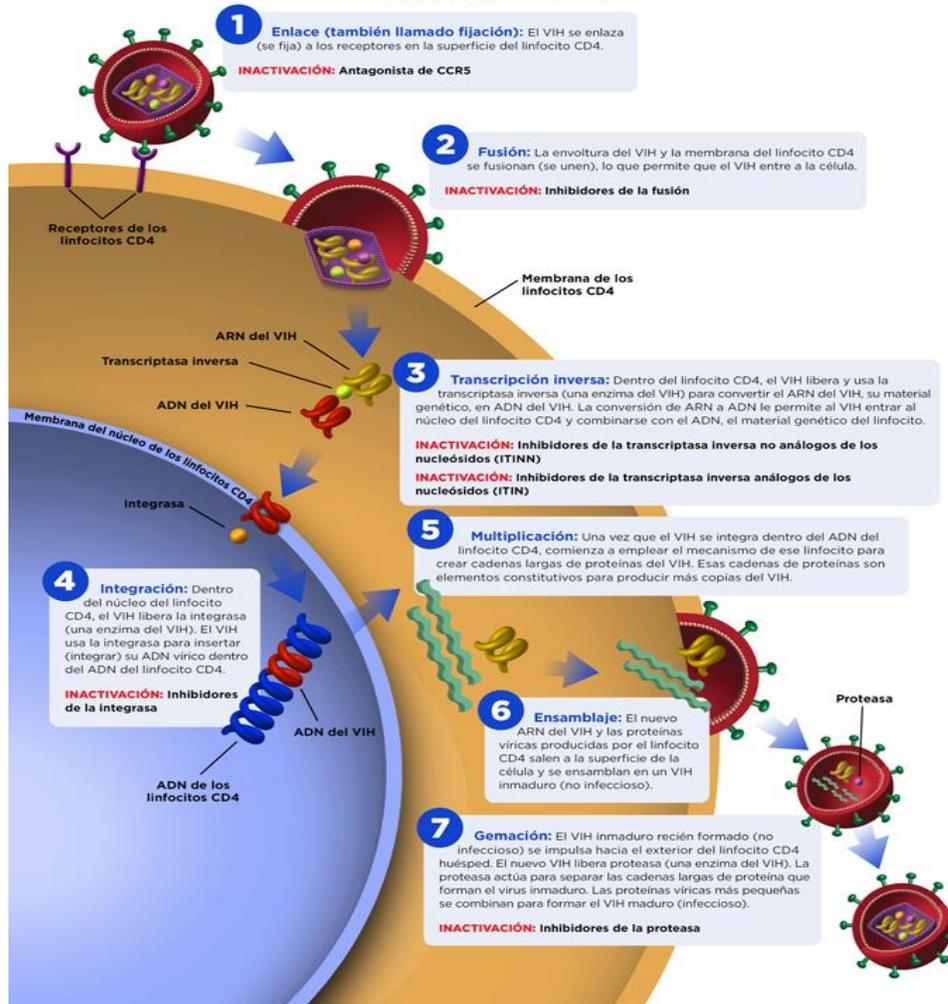
40

³⁹ Ferreras-Rozman. Medicina interna volumen II. 16va ed. Ed. Elsevier. Pág. 2558. España, 2009.

⁴⁰VIH/SIDA. Véase <https://infosida.nih.gov/education-materials/fact-sheets/19/73/el-ciclo-de-vida-del-vih> . (Consultado el día 29 de septiembre de 2016).

El ciclo de vida del VIH

Varios medicamentos contra el VIH pertenecientes a seis clases distintas inactivan el virus (indicados por **INACTIVACIÓN**) en diferentes etapas de su ciclo de vida.



41

2.3.3. Historia natural de la enfermedad.

El VIH-1 prolifera de manera continua desde el momento en que se infecta un paciente.

A) Fase precoz, aguda o primo infección

La infección por el VIH-1 se puede transmitir por vía materno-fetal o perinatal, incluyendo la leche materna, las transfusiones de sangre o derivados

⁴¹ VIH/SIDA. Véase <https://infosida.nih.gov/education-materials/fact-sheets/19/73/el-ciclo-de-vida-del-vih> . (Consultado el día 29 de septiembre de 2016).

hemáticos, trasplantes inapropiados, fluidos corporales como el semen y secreciones vaginales relaciones sexuales sin protección, sangre infectada cuando se comparten agujas para la inyección de drogas o por pinchazos involuntarios con una aguja contaminada con sangre infectada.

El paciente infectado persistirá asintomático o presentaran un cuadro clínico caracterizado por un síndrome mononucleósico fiebre, faringitis, poliadenoesplenomegalia y erupción cutánea y un elemento para clínico: leucocitosis mononuclear con linfocitosis atípica.

A partir de las primeras horas de la infección invade el tejido linfático, donde alcanza concentraciones muy elevadas, infectara y destruirá fundamentalmente los linfocitos CD4+. En pocos días se llevara cabo una depleción muy importante de estos linfocitos de los órganos linfoides secundarios hígado, bazo y ganglios en equilibrio con la sangre periférica, y sobre todo de linfocitos cd4+ con fenotipo memoria, efectores y localizados en el tejido linfoide de las mucosas especialmente intestinal y debido a esta depleción es muy difícil un efecto reversible. Durante la primoinfección en el plasma se puede alcanzar niveles muy altos de viriones circulantes que se demuestra durante un estudio de cuantificación de copias de RNA-VIH-1 y posteriormente con el tiempo aparecen los diferentes tipos de anticuerpos.

B) Fase intermedia o crónica

Esta fase dura varios años y persiste la proliferación vírica. En plasma se alcanza un nivel de equilibrio que depende de la tasa de producción vírica en el tejido linfático y de la destrucción por parte del sistema inmune. Este nivel de equilibrio tiene valor pronóstico, es estable durante algunos periodos de tiempo y es variable de un individuo a otro. Algunos pacientes pueden estar asintomáticos, con o sin adenopatías, y pueden presentar trombocitopenia sobre todo en drogadictos o trastornos neurológicos centrales o periféricos.

En casi todos los pacientes es posible detectar y cuantificar la carga viral, la carga viral y en mayor medida la cantidad de linfocitos CD4 son los mejores

marcadores de pronóstico de progresión clínica y mortalidad si no se efectúan intervenciones terapéuticas.

C) Fase final o de crisis

El incremento de la actividad replicativa del virus coincide clínicamente con la aparición de una intensa alteración del estado general y de infecciones oportunistas de ciertos tipos de neoplasias o de trastornos neurológicos.

Las alteraciones inmunológicas que acompañan a la infección por el VIH-1 son prácticamente exclusivas de esta entidad y se deben fundamentalmente a una destrucción y disfunción de los linfocitos CD4 junto con hiperactivación crónica del sistema inmunitario. El repertorio inmunológico se pierde fundamentalmente por debajo de la cifra de 200 linfocitos CD4/ μ L.⁴²

2.3.4. Clasificación de infección de VIH-1 y criterios de SIDA.

El Center for Disease Control and Prevention CDC de EUA establecen la clasificación del VIH-1 y de los criterios definitorios de SIDA.

Categoría A- Se aplica a infección primaria y a los pacientes asintomáticos con adenopatías generalizadas persistentes o sin ellas.

Categoría B- Se aplica a pacientes que presenten o hayan presentado síntomas debido a enfermedades no pertenecientes a la categoría C, pero relacionados con infección por VIH o cuyo manejo y tratamiento pueden verse complicado debido a la presencia de la infección por el VIH.

Categoría C- Se aplica a pacientes que presenten o hayan presentado alguna de las 23 complicaciones como neoplasias, neumonías, tipos de tuberculosis y candidiasis localizadas etc.⁴³

⁴² Farreras-Rozman. Medicina interna volumen II. 16va ed. Ed. Elsevier. Pág. 2559. España, 2009.

⁴³ Farreras-Rozman. Medicina interna volumen II. Decimosexta edición. Ed. Elsevier. Pág. 2559. España, 2009.

Categorías linfocitos CD4	A asintomático primario VIH o PGL	B sintomático	C cuadros definidores de SIDA
>500µl	A1	B1	C1
200-500 µl	A2	B2	C2
<200 µl presencia de SIDA	A3	B3	C3

2.3.5. Cuadro clínico.

Del VIH-1 los síntomas generalmente aparecen en 2 semanas o hasta 10 semanas duran de 1 a 3 semanas generalmente es fiebre, mialgias, exantema, sudoración nocturnas, diarreas y artralgias.

Del SIDA neuronales meningitis y encefalitis, ojos rinitis, visión borrosa, pulmonares neumonía, tuberculosis, sarcoma de kaposi, digestivas, candidiasis, faringitis no exudativa, fotofobia, linfadenopatias, VPH, úlceras orales, estomatitis, hepatomegalia etc. ⁴⁴

2.3.6. Diagnostico.

Las llamadas "pruebas rápidas" para la detección de anticuerpos constituyen instrumentos auxiliares en la detección de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH-1 o VIH-2) mediante diferentes reactivos aplicados en saliva, suero, sangre, plasma u orina.

Técnicamente, las pruebas rápidas son iguales a las pruebas tradicionales (de ELISA, por sus siglas en inglés, o de Ensayo Inmunoenzimático Ligado a Enzimas), son sensibles y pueden aplicarse en lugares y bajo condiciones

⁴⁴ Farreras-Rozman. Medicina interna volumen II. 16va ed. Ed. Elsevier. Pág. 2559. España, 2009.

diferentes; pero tienen la ventaja de que son más fáciles de realizar ya que no requieren de laboratorio y el resultado está disponible en unos minutos.

Sin embargo, es importante señalar que sus resultados deben siempre de confirmarse mediante un estudio de Western Blot para poder establecer un diagnóstico positivo de infección por el VIH.

La norma oficial NOM-010-SSA2-2010 para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana establece los criterios a observar en toda detección del VIH/Sida. Entre otros, advierte que no puede utilizarse para fines ajenos a los de protección de la salud del individuo en cuestión; que no debe solicitarse como requisito para el acceso a bienes y servicios; que debe regirse por los principios de consentimiento informado y confidencialidad; y que la entrega del resultado debe hacerse de forma individual, por personal capacitado o a través del médico tratante que solicitó el estudio.

Antes de hacerse una prueba rápida debe haber consejería dado al impacto emocional que esta prueba puede ocasionar y tener claras las opciones que pueden ofrecerse a toda persona con un resultado positivo.

Y es que debido a la fuerte carga estigmatizadora puede generarse negación, depresión, angustia, ansiedad e incluso deseo de suicidio. Actualmente, la norma oficial establece la obligatoriedad de ofrecer servicio de consejería o apoyo emocional dentro de cualquier institución del Sector Salud.

El Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida (CENSIDA) considera que la aplicación de las pruebas rápidas son útiles en situaciones como: abuso sexual, embarazos sin control prenatal en trabajo de parto, riesgo de transmisión ocupacional y para corroborar si un paciente ha desarrollado Sida ante la presencia de infecciones oportunistas u otra manifestación asociada a la evolución de la enfermedades.

Es necesario tener presente que toda prueba de detección tradicional o rápida de ninguna manera asegura el que una persona no se haya infectado de VIH

recientemente y que todo resultado positivo, en ausencia de síntomas de Sida, debe confirmarse.⁴⁵

2.3.7. Tratamiento.

Terapia antirretroviral (TARV)

Los fármacos antirretrovirales (ARV) son medicamentos para el tratamiento de la infección por el VIH, que actúan en diferentes fases del ciclo vital de este virus. Las combinaciones de tres o cuatro ARV se conocen como Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TARAA), la cual favorece la calidad de vida de la persona con VIH/SIDA.

Para iniciar una TARV se recomienda realizar una valoración integral de la persona que incluya los siguientes aspectos: físico, psicológico y sociocultural, además de los siguientes estudios para estatificar su condición:

- Determinación de carga viral del VIH.
- Subpoblaciones linfocitarias (CD4; CD8; CD4/CD8) para valorar la etapa de la infección en que está la persona e iniciar profilaxis de enfermedades oportunistas.
- Química sanguínea completa.
- Estudio serológico: hepatitis B, C y sífilis (VDRL).
- Otras ITS (clamidiasis, vaginitis, VPH).
- Intradermorreacción de Mantoux (PPD).
- Radiografía de tórax.
- Citología cervicovaginal y anal en hombres.

a) Valorar la situación de la persona y su familia:

- Escolaridad.
- Nivel de conocimientos acerca de la TARV.

⁴⁵ Pruebas de VIH. Véase <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/pruebadelsida.html> . (consultado el 23 de agosto de 2016).

- Necesidades básicas, de seguridad, pertenencia, reconocimiento y autorrealización (A. Maslow).
- Características de la vivienda.
- Factores socioeconómicos y ambientales.
- Factores sociopsicológicos y las normas de comportamiento a través de las características étnicas y culturales.

b) Elaborar un plan personalizado para la administración de los medicamentos con base en la valoración de la persona y la familia:

- Explicar exhaustivamente el régimen terapéutico para lograr los niveles ideales de CV.
- Utilizar varios formatos para proveer información acerca del régimen terapéutico (folletos, cintas de video, instrucciones escritas, etcétera).
- Ayudar al usuario a lograr el autocontrol de su salud, a través de la enseñanza sobre estrategias para cambiar hábitos y fomentar estilos de vida saludables.

c) Establecer una relación de confianza con la persona y la familia.

d) Explorar el significado de la experiencia de enfermedad e identificar las incertidumbres y necesidades a través de preguntas abiertas.

e) Explicar los beneficios de la TARV para su salud y los riesgos potenciales en caso de incumplimiento o suspensión.

f) Realizar actividades de promoción para la salud familiar.

Se debe considerar el horario para la administración de medicamentos tanto en adultos como en pacientes en edad pediátrica; la enfermera sugerirá los horarios escolares y laborales considerando los de la familia.

El profesional de enfermería debe llevar un registro de las citas médicas, medicamentos, efectos secundarios de los mismos y si ha habido algún cambio en el esquema de tratamiento e identificar la causa.

Clasificación de los antirretrovirales

De acuerdo con su diversidad de acción se han clasificado en diferentes familias:

- a) Inhibidores de la Transcriptasa Reversa Análogos Nucleósidos (ITRAN).
- b) Inhibidores de la Transcriptasa Reversa Análogos No Nucleósidos (ITRNN).
- c) Inhibidores de la Proteasa (IP).
- d) Inhibidores de la fusión (IF).
- e) Inhibidores de la Integrasa.

Los siguientes medicamentos ya se encuentran disponibles para uso clínico y pueden ser componentes de esquemas completos de rescate en pacientes con falla múltiple a los ARVs.

a) De clases ya conocidas:

- Inhibidores de proteasa: Darunavir y Tipranavir
- Inhibidores de transcriptasa reversa no nucleósidos: Etravirina

b) De clases nuevas:

- Inhibidores de integrasa: Raltegravir
- Inhibidores de CCR5: Maraviroc
- Inhibidores de Fusión: Enfuvirtida

Medicamentos conocidos

Zidobudina, raltegravir, maraviroc , enfuvirtida, tipranavir, indinavir, saquinavir, lopinavir, ritonavir, fosamprevanir, darunavir, atazanavir, etravirina, nevirapina, efavirenz, tenofovir, lamivudina, estavudina, emtricitabina, didanosina, abacavir.⁴⁶

⁴⁶CENSIDA. Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH. 6ta ed. México, 2014.

2.3.8. Prevención.

- Uso de preservativo masculino y femenino.
- Tener una sola pareja sexual o abstinencia sexual.
- No compartir agujas.
- Si se realiza perforaciones o tatuajes, ver que utilizan material estéril y de un solo uso.
- Realización de pruebas diagnosticas por lo menos cada 3 meses en caso de tener relaciones sexuales de riesgo.
- Evitar relaciones sexuales de riesgo.
- Personal de salud utilizar medidas de seguridad y técnicas de aislamiento.
- Manejo seguro de sangre y hemoderivados.
- En mujeres embarazadas realizarse prueba de VIH y en caso de encontrarse utilizar terapia antirretroviral.

2.4. Intervenciones de enfermería.

La secretaria de salud en conjunto con el CENSIDA y CONASIDA establecen una guía de intervención del personal de enfermería dependiendo el nivel de atención.

Primer nivel

Durante la atención primaria la relevancia de las medidas preventivas permite que los profesionales de enfermería realicen funciones relevantes como:

- a) Proporcionar educación para la salud a la persona que vive con VIH, familiares y amigos.
- b) Detección oportuna. Informar sobre prácticas de riesgo a población vulnerable.
- c) Promoción. Proporcionar información a la persona que vive con VIH para mejorar su calidad de vida, así como medidas preventivas de acuerdo con el estilo de vida dentro de un marco de respeto a la diversidad sexual. Asimismo, informar y sensibilizar sobre la importancia de comenzar un tratamiento antirretroviral y mantener la adherencia.

d) Referir para atención especializada. Orientar y asesorar a la persona para que se integre a centros de información, atención y apoyo.

e) Seguimiento. Reforzar la cultura del autocuidado y atención ambulatoria.

Segundo nivel

En la atención secundaria de personas con VIH es necesario que el personal de Enfermería esté alerta ante la presencia de enfermedades oportunistas, desarrollar un Proceso de Atención de Enfermería (PAE) de acuerdo con las necesidades de la persona, así como que verifique el cumplimiento del tratamiento médico. Respecto a esto último, para el diagnóstico temprano la prueba de detección debe realizarse siempre previo consentimiento informado y los profesionales de la salud garantizarán la confidencialidad de los resultados. Además es necesario un tratamiento oportuno donde el personal de salud debe considerar la importancia de la adherencia a éste con la finalidad de disminuir las infecciones oportunistas.

Algunas recomendaciones son:

a) Alternativas para apego real al tratamiento.

b) Disponibilidad de medicamentos.

c) Horarios para la toma de medicamentos.

d) Indicaciones en el contenido de la dieta: tipo de alimentos y líquidos.

e) Alternativas para el cuidado domiciliario.

Para limitar el daño el personal de enfermería debe tener conocimiento de los internamientos y de las infecciones oportunistas en cada uno de ellos, para tomar las medidas necesarias en cuanto a la educación para la salud; esto permitirá realizar el plan estratégico para cuidados en casa y la aplicación del PAE (Proceso Atención de Enfermería).

Además, es primordial que se cuente con la colaboración de la familia para que se lleven a cabo los cuidados específicos y la persona cumpla con su recuperación.

La participación de la familia ha demostrado ser eficaz en la evolución favorable y adherencia al tratamiento.

Tercer nivel

Ya en la atención terciaria o rehabilitación la terapia física, ocupacional y psicológica favorece que la persona se adapte a su situación actual y pueda valerse por sí misma, así mismo ayuda la tanatología.⁴⁷

Actualmente no existe como planes de cuidado en el catálogo de la secretaria de salud para poder atender a este tipo de pacientes solo existe la guía de enfermería para la atención de pacientes con VIH, que se que se puede sacar mucha información pero se necesita algo más establecido para que se pueda leer y comprender.

El catálogo nacional de planes de cuidados en enfermería en México establece ciertas patologías con su plan de cuidado respectivamente, el enfoque que tomare yo es un plan de cuidado enfocado en atención básica al paciente hospitalizado primeramente se refiere al ingreso de una persona a una empresa institución de salud en calidad de paciente para recibir la prestación de servicios de salud la cual debe garantizar el cumplimiento de todas las normas de calidad en cada uno de los procesos y procedimientos que se realicen y se vean reflejados en la evaluación de resultados, dicho en otras palabras, en la mejora o recuperación de la salud de la persona en un determinado período de tiempo.⁴⁸ Durante este periodo es habitual que el paciente aumente sus niveles de ansiedad y de temor y probablemente se sienta amenazado ante lo desconocido. Por eso la importancia de brindar la información necesaria al paciente y familia para brindarle confianza garantizando su seguridad durante su estancia hospitalaria.⁴⁹

⁴⁷ Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA CONASIDA. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA CENSIDA. Guía de enfermería para la atención de pacientes con VIH. México, 2009

⁴⁸ Secretaria de salud. Catálogo nacional de planes de cuidados en enfermería. México, 2012.

⁴⁹ Secretaria de salud. Catálogo nacional de planes de cuidados en enfermería. México, 2012.

Algunas intervenciones que se encuentran son:

- Minimizar y eliminar los factores ambientales estresantes.
- Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes.
- Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidado.
- Facilitarle los medios y los recursos para que él realice su autocuidado.
- Animarlo a que sea independiente destacando sus atribuciones y capacidades.
- Enseñar a los padres a fomentar la independencia e intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar las acciones.

No se encuentran muchas intervenciones enfocadas en los derechos humanos, la igualdad de género ni tampoco para evitar la discriminación.

La junta de Andalucía en España en el año 2013, estableció varias intervenciones de enfermería para la atención de estos pacientes que van desde asistencia a la alimentación, mejorar aspecto físico y mejorar la ansiedad algunas que están enfocadas a la igualdad de género, discriminación y derechos humanos como:

- Aumentar el afrontamiento.
- Disminución de la ansiedad.
- Acuerdos con los pacientes.
- Apoyo en la toma de decisiones.
- Enseñanza individual.
- Mejores sistemas sanitarios.
- Igualdad en prestación de servicios sanitarios.⁵⁰

50

Junta

de

Andalucía.

Véase

http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csaud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistencial_es_integrados/sida/sida_cuidados.pdf . (Consultado el día 15 de diciembre de 2016).

La revista electrónica de enfermería global establece un artículo de plan de cuidados enfermeros para pacientes con VIH escrito por el enfermero Juan Carlos Romero González en el año 2008, que establece que debido al avance en los tratamientos que mejoran la calidad y duración de la vida en pacientes infectados por el VIH, con la consiguiente elevación en la demanda asistencial de dichos pacientes, es necesario que los profesionales de enfermería trabajemos con modelos y sistemas que mejoren la calidad asistencial que prestamos, entre las intervenciones que se encuentran son:

- Adaptar estilos de vida.
- Manejo de la conducta.
- Mejorar guías del sistema sanitario.
- Asesoramiento en sistemas de salud.
- Apoyo al cuidador principal.
- Potenciación de la socialización.
- Mejorar la comunicación.⁵¹

2.5. Intervenciones psicosociales.

A 27 años del primer caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en nuestro país hay una epidemia concentrada en población clave: hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trabajadoras del sexo comercial, hombres trabajadores del sexo comercial y usuarios de drogas inyectadas, con prevalencia entre 1 y 15 por ciento. En contraste, la población general se ha mantenido con una incidencia menor a 1 por ciento.

México ha adoptado la estrategia de acceso universal a la atención médica integral en VIH y SIDA, que incluye el acceso a medicamentos antirretrovirales (ARV) para todas las personas afectadas que los requieran, permitiendo que se

⁵¹ Romero González, Juan Carlos. Plan de cuidados enfermeros VIH. Enf Global [revista en la Internet. 2008. [citado 2017 Feb 09]; 13 (4). 1-12. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/16081/15481> .

tenga una mejor calidad y esperanza de vida, lo cual tiene un gran impacto en la reducción del índice de mortalidad.

Además, el financiamiento otorgado por el gobierno federal desde 2006 a proyectos de prevención en población vulnerable, los programas estatales y organizaciones no gubernamentales han contribuido al fortalecimiento de las acciones de prevención.

México es uno de los países pioneros en dos aspectos: realizó las primeras estimaciones del gasto y flujo del financiamiento en SIDA, las cuales actualmente se utilizan en muchos otros países, especialmente en América Latina, y que permiten aportar elementos para el monitoreo de la eficacia de la inversión en VIH y SIDA. También dentro del marco internacional se ha comprometido, pactado y tratado sobre instrumentos de protección de los Derechos Humanos: Declaración de UNGASS/SIDA, Declaración del Milenio, Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación.⁵²

2.6. Revisión de la literatura.

La otra migración. Historias de discriminación de personas que vivieron con VIH en México.

La migración mexicana a Estados Unidos se ha interpretado como un proceso demográfico que existe en respuesta al empobrecimiento y a la polarización económica en México. Aunque la desarticulación económica y el abandono de las regiones rurales de México persisten como factores de expulsión de población, la migración de mexicanos muestra cambios recientes en las causas que la originan. La violencia familiar, por ejemplo, aparece como un detonante importante de la incorporación de la mujer en los flujos migratorios, particularmente es el caso de zonas rurales del país. La homofobia es otro referente que, relacionado a los

⁵² Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA CONASIDA. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA CENSIDA. Guía de enfermería para la atención de pacientes con VIH. México, 2009

crímenes de odio, parece generar un nuevo orden de migración hacia Estados Unidos.⁵³

Imaginarios, biomedicina y normatividad: una respuesta a los procesos de estigmatización y discriminación por VIH.

Leyendo el estudio en su conclusión se puede explicar el porqué a partir de los resultados es posible comprender los procesos de estigmatización y discriminación como mecanismos privilegiados de estas instancias normativas que median la configuración discursiva del VIH. A su vez, se advierte que el rechazo prevalente en jóvenes a realizarse las pruebas diagnósticas, así como las dificultades de acceso a los servicios de salud, es consecuencia de los procesos indicados.⁵⁴

Identificación y caracterización de modos de discriminación hacia grupos con riesgo de enfermedades de transmisión sexual.

El estigma y la discriminación hacia los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, se encuentran entre los mayores obstáculos para prevenir nuevas infecciones y dar tratamiento a las personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana.⁵⁵

Conocimientos, actitudes y percepciones de enfermeros y estudiantes de enfermería hacia VIH/SIDA.

Trata de describir las actitudes, conocimientos y percepciones que tienen los enfermeros y estudiantes de Enfermería en torno a las personas que viven con

⁵³ Hernández-Rosete Martínez Daniel. La otra migración. Historias de discriminación de personas que vivieron con VIH en México. *Salud Ment* [revista en la Internet]. 2008 Ago [citado 2017 Feb 09]; 31(4): 253-260. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000400002&lng=es .

⁵⁴ Passerino, Leila Martina; (2013). Imaginarios, biomedicina y normatividad: una respuesta a los procesos de estigmatización y discriminación por VIH. *Revista Ciencias de la Salud*. 217-233.

⁵⁵ Cabrera Álvarez Elia, Cantero Tillet Elaine, Suárez Contreras Idalvis, Ramos Reyes Immer, Pacheco González José, Morfi García Iliana. Identificación y caracterización de modos de discriminación hacia grupos con riesgo de enfermedades de transmisión sexual. *Medisur* [Internet]. 2013 Dic [citado 2017 Feb 09]; 11(6): 628-637. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2013000600004&lng=es .

VIH/SIDA, por lo que se encontró que hay diferentes percepciones de cómo se lleva a cabo esa atención y de cómo reaccionan los estudiantes de enfermería.⁵⁶

El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México.

El objetivo de este artículo es analizar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA por parte de los prestadores de servicios de salud en tres estados de la República mexicana, con base en las percepciones que tienen sobre la infección y las personas que viven con VIH/SIDA y su resultado fue el diseño de medidas para disminuir el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA exige la inclusión del debate ético sobre los derechos humanos y un enfoque estructural de las condiciones sociales que rebase la noción de comportamientos de riesgo.⁵⁷

⁵⁶ Conejeros I, Emig H, Ferrer L, Cabieses B, Cianelli R. Conocimientos, actitudes y percepciones de enfermeros y estudiantes de enfermería hacia VIH/SIDA. Invest Educ Enferm. 2010; 28(3): 345-54.

⁵⁷ Infante C, Zarco A, Magali-Cuadra S, Morrison K, Caballero M, Bronfman M, Magis C. El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. Salud Publica Mex 2006;48:141-150.

III. Metodología.

3.1. Tipo de investigación y diseño.

3.1.1. Tipo de investigación.

Esta tesina se realizó mediante una investigación documental como parte esencial de un proceso de investigación científica, en forma sistemática y con objetivos precisos, con la finalidad de servir como base para la construcción de conocimientos en intervenciones de enfermería. Utilizando estrategias como la búsqueda y el análisis crítico de la literatura sobre las evidencias científicas de mayor importancia

Tiene por objeto dar a conocer intervenciones de enfermería enfocadas no solamente con procesos fisiopatológicos y/o de cuidado personal, si no proponer o implementar intervenciones de enfermería enfocadas en los derechos humanos y el género evitando así la discriminación de cualquier índole, así mismo se analizó que la mayoría de las intervenciones planteadas solo corresponden a la atención de cuidados enfocados en la enfermedad, y en muchos casos sin consideración de los elementos éticos y filosóficos.

3.1.2. Diseño.

El tipo de diseño es transversal ya que es conveniente recopilar información en un tiempo determinado entre los meses de septiembre y diciembre de 2016. Se puede decir que también es una investigación descriptiva, ya que trata de buscar intervenciones de enfermería enfocadas no solamente en situaciones fisiopatológicas y/o de cuidado personal, si no pretende, destacar que la atención de enfermería, tienen que considerar la normativa local e internacional de los derechos humanos, género, con el propósito de evitar la discriminación.

3.2. Variables e indicadores.

Para poder dar a conocer este tipo de investigación documental se planteó como variable principal a las intervenciones de enfermería para pacientes con VIH/SIDA desde una perspectiva de género, derechos humanos y cero discriminaciones, ya que la mayoría de la información, se enfoca a intervenciones enfocadas hacia el cuidado relacionado con aspectos fisiopatológicos y/o de cuidado individualizado. Sin embargo, consideramos que la atención de enfermería debe ser culturalmente competente, y al amparo de toda ley y principio que consideren el respeto por la dignidad humana de las personas con VIH/SIDA.

3.2.1. Variable.

Intervenciones de enfermería para pacientes con VIH/SIDA desde una perspectiva de género, derechos humanos y cero discriminación.

3.2.2. Definición operacional.

El profesional de enfermería su principal labor es otorgar cuidados a las personas que lo necesite y/o solicite sin discernir en el género, respetando en todo momento sus derechos y sobre todo respetando su integridad como persona evitando así cualquier tipo de discriminación otorgando esos cuidados de manera que mejore su calidad de vida.

3.3. Método.

El método de esta investigación documental se ha realizado atendiendo a los siguientes aspectos:

- a) Búsqueda de un problema enfocado en enfermería relevante para la atención de las personas con VIH/SIDA desde una perspectiva de género, derechos humanos y cero discriminaciones.
- b) Elaboración de los objetivos de esta Tesina, así como el Marco Teórico conceptual y referencial.

- c) Revisión y recabando información bibliográfica que fundamenta el contenido de esta tesina, leyendo normativa internacional, nacional y local enfocada en derechos humanos, principios de género y formas de discriminación y exclusión.
- d) Se recabo información de artículos publicados en la base de datos SciELO, Enfermería Global, Medigraphic y revistas electrónicas de enfermería.
- e) Al igual se obtuvo información de la NOM-010-SSA2-2010 para la prevención y control de la infección por virus de inmunodeficiencia humana, la ley para prevenir y eliminar la discriminación en la ciudad de México y la guía de enfermería para la atención de pacientes con VIH/SIDA.
- f) Además de la legislación internacional sobre derechos humanos y discriminación, sobre derechos y obligaciones de los pacientes con VIH/SIDA, sobre los principios de Yogyakarta y la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género, al igual las agendas de salud de la OMS/OPS y su relación con el VIH en las Américas y los principios de la OMS/ONUSIDA.

3.4. Perspectiva de Enfermería.

Para el desarrollo de intervenciones de enfermería para el cuidado de personas con VIH/SIDA primeramente debemos describir algunos conceptos claves como ¿qué es enfermería?, ¿qué es cuidado? y ¿qué es una intervención de enfermería?, posteriormente el de género, derechos humanos y discriminación como conceptos centrales.

Como lo explica la OMS, la enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción

de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.⁵⁸

Para Florence Nightingale, que es considerada la fundadora de la enfermería moderna y creadora de una filosofía de enfermería sustentada en supuestos, tales como que la enfermería es más que la ministración de medicamentos, sino un ser que manejaba todo el entorno de la persona sujeto de cuidado, para mejorar su calidad de vida, la persona era un ente pasivo por lo que la enfermera realizaba todo lo posible para mantener la vida del paciente y mejorar su entorno, la salud era una sensación de sentirse bien y la enfermedad como un proceso reparador que la naturaleza imponía debido a una falta de atención y el entorno que lo definió en 5 conceptos la ventilación, iluminación, temperatura, dieta, higiene y ruido, que integran un entorno positivo o saludable.⁵⁹

Virginia Henderson, crea la teoría de las 14 necesidades básicas en ella describe a la enfermería en relación con el paciente y su entorno, ve al profesional de enfermería como alguien preocupado por individuos tanto enfermos como sanos, reconoce que los profesionales de enfermería interaccionan con pacientes incluso cuando la recuperación pueda no ser viable y menciona la enseñanza y el apoyo activo como roles de dicho profesional, conceptualiza el rol del profesional de enfermería como persona que ayuda a individuos enfermos o sanos a alcanzar la independencia para cubrir 14 necesidades fundamentales.⁶⁰

⁵⁸ Enfermería. Véase. <http://www.who.int/topics/nursing/es/> . (Consultado el 15 de diciembre de 2016).

⁵⁹ Marriner Tomey, Ann y Martha Raile Alligood. Modelos y teorías en enfermería. 7ma ed. Ed. Elsevier. Pág.75. España, 2011.

⁶⁰ Marriner Tomey, Ann y Martha Raile Alligood. Modelos y teorías en enfermería. 7ma ed. Ed. Elsevier. Pág.50. España, 2011.

El cuidado está dirigido a suplir el déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

Como lo describe Marie Françoise Collière, cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades, cuidar representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener a los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida.⁶¹

Otro ejemplo claro es de Dorothea Orem, desarrollo la teoría del déficit de autocuidado y define que la persona es un organismo biológico, racional y pensante como un todo, la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional, la enfermería como servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar y el entorno lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.⁶²

- Autocuidado: Es el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior.
- Cuidado o Enfermería: Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan las responsabilidades para ofrecer cuidado a los miembros del grupo que experimentan las privaciones, con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados, a uno mismo y a los demás. La actividad humana se ejercita

⁶¹ Ortega VC. El cuidado de enfermería. Rev Mex Enf Cardiol 2002; 10 (3). pp 88-89.

⁶² Marriner Tomey, Ann y Martha Raile Alligood. Modelos y teorías en enfermería. 7ma ed. Ed. Elsevier. Pág.265-276. España, 2011.

descubriendo desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo y para otros.

Para que el profesional de enfermería lleve a cabo el cuidado como esencia de la profesión y así poder cuidar de las personas se necesitan intervenciones que van ligadas a acciones directas o indirectas hechas propiamente por la persona o por los familiares en beneficio propio.

Las intervenciones en enfermería según la Nursing Interventions Classification NIC establece que una intervención de enfermería es todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente que pueden ser directas a través de acciones efectuadas con el paciente o familiares y las indirectas que son realizadas sin el paciente, pero en beneficio propio.⁶³

Con todo lo ya analizado, se puede afirmar primeramente que una persona es un ser integral, que en conjunto necesita cuidados de enfermería bajo intervenciones específicas para poder tener un máximo desarrollo y recuperación en su estado físico, emocional y social para el desarrollo de una vida digna.

3.5. Aplicación de conceptos centrales.

Género. – Se refiere a las características de las mujeres y los hombres definidas por la sociedad, como las normas, los roles y las relaciones que existen entre ellos. Lo que se espera de uno y otro género varía de una cultura a otra y puede cambiar con el tiempo.⁶⁴

⁶³ Bulecheck M. Gloria. Clasificación de intervenciones de enfermería NIC. 6ta ed. Ed. Elsevier. España, 2014.

⁶⁴ Género. Véase <http://www.who.int/topics/gender/es/>. (Consultado el 15 de diciembre de 2016).

Derechos humanos. - Son el conjunto de prerrogativas sustentadas en la dignidad humana, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral de la persona. Este conjunto de prerrogativas se encuentra establecido dentro del orden jurídico nacional, en nuestra Constitución Política, tratados internacionales y las leyes.⁶⁵

Discriminación. - Supone que un individuo sea tratado de forma menos favorable que otros a causa de alguna característica o cualidad.⁶⁶

Entonces podemos afirmar que las intervenciones de enfermería que se desarrollaran cumplen con las expectativas y la normativa seguida teniendo en cuenta conceptualismos sobre el VIH, sobre la implicación del rol de enfermería y sus intervenciones hacia estas personas y bajo la concepción de los derechos humanos, el género y la discriminación para el ejercicio de una mejor calidad de vida.

⁶⁵ Derechos humanos. Véase http://www.cndh.org.mx/Que_son_Derechos_Humanos . (consultado el 23 de agosto de 2016).

⁶⁶ Manual sobre el VIH y los Derechos Humanos para las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Ginebra, 2007.

CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 4.1. Conclusiones y recomendaciones para intervenciones de enfermería para pacientes con VIH-SIDA, desde una perspectiva de género, derechos humanos y cero discriminación.

Las intervenciones de enfermería es el pilar para que el personal de enfermería, realice los cuidados pertinentes para personas con VIH/SIDA. la enfermera o enfermero siempre ejerce el cuidado, sin embargo, al integrar los elementos ético-legales mejora la atención, se desarrollan cuidados competentes, respetando la individualidad del paciente.

Las intervenciones de enfermería siempre se basan en algo aplicado a la persona para mejorar su estado físico, mental y biológico, entonces estas intervenciones se centran principalmente en que todo ser humano independientemente de la enfermedad que padezca, debe ser atendido de una forma humanística.

Como lo mencionamos anteriormente el acceso a la salud es y debe ser universal y sobre todo se debe dar atención a toda aquella persona que lo solicite independientemente de raza, religión, orientación sexual o color de piel, hasta realizar todo lo pertinente estableciendo intervenciones para mejorar su estado físico, biológico, psíquico y social.

Los organismos internacionales se han fijado que se cumplan todos los tratados de derechos humanos y garantizar su efectividad y uso, al igual evitar la discriminación en atención en salud y otros servicios que se prestan hacia la población para así cumplir con atención, rehabilitación y mejoramiento de vida.

El género está ligado a todo y sobre todo los roles que debe cumplir cada persona en la sociedad, pero actualmente se deben de generar políticas basadas en equidad que todos merezcan los mismos derechos y obligaciones sin meter decisiones de otra índole que puedan afectar el incumplimiento de los derechos humanos y así evitar discriminación.

Todas las bases ético legales deben estar estructuradas para poder tener acceso a la salud universal y para todos sin distinciones que afecten a la persona, y así mejorar su estado otorgando cuidados culturalmente competentes.

Es fundamental llevar a cabo intervenciones basadas en evidencia y actualizar al personal de salud en los temas de género, derechos humanos y no incidir en procesos de discriminación, algunas intervenciones que se proponen son las siguientes:

RECOMENDACIONES	JUSTIFICACIÓN
Actualización de manuales de atención para pacientes con VIH/SIDA.	Los manuales de atención vienen con actualización hasta el año 2012 y se tienen incluso registro de nuevas terapias antirretrovirales como el PreP.
Mejorar el acceso al sistema sanitario.	Los sistemas de salud deben cumplir con normativa que establece el acceso a la salud y claro mejorar su sistema sanitario para la atención veras y eficaz de enfermedades.
Atención inmediata sin distinción.	Toda persona tiene derecho a la atención de salud y a su acceso y sobre todo la atención sin distinción de género, raza, religión, orientación sexual u otros aspectos discriminatorios.
Apego a normativa mexicana e internacional.	Las bases ético-legales son las que establecen para poder tener códigos, leyes y manuales de interacción o de manejo de situaciones con personas y con el personal de salud y su relación enfermería-paciente y viceversa.
Tener mejores bases ético-legales	No solamente se debe cumplir con el

para la atención de usuarios.	código de ética de enfermería, si no establecer toda la fundamentación de atención en base a esto para poder tener una mejor atención y otorgar cuidados culturalmente competentes.
Apoyo al cuidador principal.	Toda persona tiene un cuidador principal o un apoyo ya sea en un familiar, amigo, conocido etc., por lo que su rol es importante para el desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida de la persona.
Mejorar estado emocional y físico.	Para poder tener una calidad de vida apropiada la salud emocional y física es primordial para su atención y sobre todo para poder enfrentar retos de salud que por la patología debe de enfrentar la persona su familiar y el personal de salud.
Detectar grupos de riesgo.	En este tipo de patologías los grupos de riesgo identificados son amas de casa, niños, hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadores sexuales y usuarios de drogas.
Mejorar el conocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento.	Conocer que no es una enfermedad mortal actualmente con el tratamiento antirretroviral y los cuidados competentes son esenciales para mejorar su calidad de vida.
Mejorar actitudes, conocimientos y percepciones del personal de enfermería.	Todo personal debe ser respetado y respetar toda integridad de la persona desde física, emocional y de

	tratamientos, incluso cambiando percepciones mal descritas hacia este tipo de personas infectadas con VIH/SIDA.
Respeto a las creencias de cada individuo.	Los seres humanos cada uno son personas con creencias diferentes y con mente propia para poder realizar sus actividades que van desde la religión, la fe y creer en algo que haga que ellos se sientan bien y que claro pueda ayudar un respeto sus decisiones.
Respeto al modo de vida y dignidad humana.	Cada persona vive su vida de forma diferente, trabaja, realiza tareas específicas que lleva a que se desarrollen en la sociedad eliminando claro toda creencia a veces poco favorable para su desarrollo.
Respeto a los orígenes étnicos.	La sociedad ha vivido por años la mezcla de razas que conlleva a la creación desde su origen como grupo étnico y su posterior descendencia, y que trae consigo actividades culturales y sociales que lleva a que cada persona desarrolle habilidades y actitudes para su desempeñar un rol en la sociedad volviendo todo de una forma multicultural y multiétnica.

Bibliografía

- (1) Grmek M. Historia del SIDA. México, DF: Siglo XXI, 1992.
- (2) Ponce de León S, Macías AE, Cruz MA, Calva J, Tinoco JC, et al. Los primeros cinco años de la epidemia del SIDA en México. Salud Pública Mex 1998; 30:544-554.
- (3) Sepúlveda JA, García L, Domínguez-Torix JL, Valdespino JL. Prevention of HIV transmisión through blood and blood products: experience in Mexico. Bull Pan Am Health Org 1989; 23:108-114.
- (4) Alarcón D, Ponce de León S. El SIDA en México, veinte años de la epidemia. México, DF: El Colegio Nacional, 2003.
- (5) Objetivo 3: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades". Véase <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/> .
- (6) Objetivo 3: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades". Véase <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/> .
- (7) Metas ONUSIDA. Véase <http://www.unaids.org/es/targetsandcommitments> .
- (8) Estrategia de ONUSIDA para 2011-2015. Véase <http://www.unaids.org/es/aboutunaids/unaidstrategygoalsby2015> .
- (9) Estrategia ONUSIDA 2016-2021. Véase http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15-18_EN_rev1.pdf .
- (10) OMS-OPS. Plan regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015. Washington, 2005.
- (11) Hoja informativa 2016 UNAIDS. Véase http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Factsheet_es.pdf .
- (12) CENSIDA. La epidemia del VIH y el SIDA en México. México. 2014.

- (13) Informe epidemiológico del VIH/SIDA en la Ciudad de México. Programa de VIH/SIDA en la Ciudad de México. Clínica especializada Condesa, 2013.
- (14) Hoja informativa 2016 UNAIDS. Véase http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf .
- (15) CENSIDA. La epidemia del VIH y el SIDA en México. México. 2014.
- (16) Informe epidemiológico del VIH/SIDA en la Ciudad de México. Programa de VIH/SIDA en la Ciudad de México. Clínica especializada Condesa, 2013.
- (17) Metas ONUSIDA. Véase <http://www.unaids.org/es/targetsandcommitments> .
- (18) Objetivos de desarrollo sostenibles. Véase <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/es/> .
- (19) Objetivo 3: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades". Véase <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/> .
- (20) Estrategia ONUSIDA 2016-2021. Véase http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15-18_EN_rev1.pdf .
- (21) OMS-OPS. Véase http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=91&Itemid=220&lang=es .
- (22) OMS-OPS. Agenda de salud para las Américas 2008-2017. Panama, 2007.
- (23) OMS-OPS. Plan regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015. Washington, 2005. OMS-OPS. Plan regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015. Washington, 2005.

- (24) OMS-OPS. Plan regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015. Washington, 2005. OMS-OPS. Plan regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015. Washington, 2005.
- (25) Derechos humanos. Véase http://www.cndh.org.mx/Que_son_Derechos_Humanos .
- (26) Principios de los derechos humanos. Véase http://www.cndh.org.mx/Que_son_Derechos_Humanos .
- (27) Derechos humanos. Véase http://www.cndh.org.mx/Cuales_son_Derechos_Humanos .
- (28) Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. Principios de Yogyakarta. Indonesia, 2016.
- (29) Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. Principios de Yogyakarta. Indonesia, 2016.
- (30) Manual sobre el VIH y los Derechos Humanos para las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Ginebra, 2007.
- (31) Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA CONASIDA. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA CENSIDA. Guía de enfermería para la atención de pacientes con VIH. México, 2009
- (32) Artículo 4to constitucional. Véase <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/5.htm?s> .
- (33) Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984. Véase <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf> . Última actualización: 15 de enero de 2014.

- (34) Norma oficial mexicana (nom-010-ssa2-2010), para la prevención y control de la infección por virus de inmunodeficiencia humana.
- (35) Ley para la prevención y atención integral del VIH/SIDA en la Ciudad de México. Ciudad de México. Junio, 2012.
- (36) Diario Oficial de la Federación, 11 de junio de 2003. Véase <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262.pdf> .Última actualización: 24 de diciembre de 2013.
- (37) Ley para prevenir y eliminar la discriminación del distrito federal. Véase <http://copred.cdmx.gob.mx/marco-normativo/ley-para-prevenir-y-eliminar-la-discriminacion-en-el-d-f/> .
- (38) Farreras-Rozman. Medicina interna volumen II. 16va ed. Ed. Elsevier. Pág. 2558. España, 2009.
- (39) Farreras-Rozman. Medicina interna volumen II. 16va ed. Ed. Elsevier. Pág. 2558. España, 2009.
- (40) VIH/SIDA. Véase <https://infosida.nih.gov/education-materials/fact-sheets/19/73/el-ciclo-de-vida-del-vih> .
- (41) VIH/SIDA. Véase <https://infosida.nih.gov/education-materials/fact-sheets/19/73/el-ciclo-de-vida-del-vih> .
- (42) . Farreras-Rozman. Medicina interna volumen II. 16va ed. Ed. Elsevier. Pág. 2559. España, 2009.
- (43) Farreras-Rozman. Medicina interna volumen II. Decimosexta edición. Ed. Elsevier. Pág. 2559. España, 2009.
- (44) Farreras-Rozman. Medicina interna volumen II. 16va ed. Ed. Elsevier. Pág. 2559. España, 2009.
- (45) Pruebas de VIH. Véase <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/pruebadelsida.html> .
- (46) CENSIDA. Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH. 6ta ed. México, 2014.
- (47) Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA

- CONASIDA. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA CENSIDA. Guía de enfermería para la atención de pacientes con VIH. México, 2009
- (48) Secretaría de salud. Catálogo nacional de planes de cuidados en enfermería. México, 2012.
- (49) Secretaría de salud. Catálogo nacional de planes de cuidados en enfermería. México, 2012.
- (50) Junta de Andalucía. Véase http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/sida/sida_cuidados.pdf . (Consultado el día 15 de diciembre de 2016).
- (51) Romero González, Juan Carlos. Plan de cuidados enfermeros VIH. *Enf Global* [revista en la Internet. 2008. [citado 2017 Feb 09]; 13 (4). 1-12. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/16081/15481> .
- (52) Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA CONASIDA. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA CENSIDA. Guía de enfermería para la atención de pacientes con VIH. México, 2009
- (53) Hernández-Rosete Martínez Daniel. La otra migración. Historias de discriminación de personas que vivieron con VIH en México. *Salud Ment* [revista en la Internet]. 2008 Ago [citado 2017 Feb 09] ; 31(4): 253-260. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000400002&lng=es .
- (54) Passerino, Leila Martina; (2013). Imaginarios, biomedicina y normatividad: una respuesta a los procesos de estigmatización y discriminación por VIH. *Revista Ciencias de la Salud*. 217-233.
- (55) Cabrera Álvarez Elia, Cantero Tillet Elaine, Suárez Contreras Idalvis, Ramos Reyes Immer, Pacheco González José, Morfi García

Ilina. Identificación y caracterización de modos de discriminación hacia grupos con riesgo de enfermedades de transmisión sexual. Medisur [Internet]. 2013 Dic [citado 2017 Feb 09] ; 11(6): 628-637. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2013000600004&lng=es .

- (56) Conejeros I, Emig H, Ferrer L, Cabieses B, Cianelli R. Conocimientos, actitudes y percepciones de enfermeros y estudiantes de enfermería hacia VIH/SIDA. Invest Educ Enferm. 2010; 28(3): 345-54.
- (57) Infante C, Zarco A, Magali-Cuadra S, Morrison K, Caballero M, Bronfman M, Magis C. El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. Salud Publica Mex 2006;48:141-150.
- (58) Enfermería. Véase. <http://www.who.int/topics/nursing/es/> .
- (59) Marriner Tomey, Ann y Martha Raile Alligood. Modelos y teorías en enfermería. 7ma ed. Ed. Elsevier. Pág.75. España, 2011.
- (60) Marriner Tomey, Ann y Martha Raile Alligood. Modelos y teorías en enfermería. 7ma ed. Ed. Elsevier. Pág.50. España, 2011.
- (61) Ortega VC. El cuidado de enfermería. Rev Mex Enf Cardiol 2002; 10 (3). pp 88-89.
- (62) Marriner Tomey, Ann y Martha Raile Alligood. Modelos y teorías en enfermería. 7ma ed. Ed. Elsevier. Pág.265-276. España, 2011.
- (63) Bulechek M. Gloria. Clasificación de intervenciones de enfermería NIC. 6ta ed. Ed. Elsevier. España, 2014.
- (64) Género. Véase <http://www.who.int/topics/gender/es/> .
- (65) Derechos humanos. Véase http://www.cndh.org.mx/Que_son_Derechos_Humanos .
- (66) Manual sobre el VIH y los Derechos Humanos para las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos. Programa Conjunto

de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Ginebra, 2007.

Anexos

Se recomienda leer e integrar algunos manuales de derechos humanos, igualdad de género y de atención a personas con VIH/SIDA.

- Guía de enfermería para la atención de pacientes con VIH de secretaria de salud.
- Manual sobre el VIH y los Derechos Humanos para las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos de la ONU.
- Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. Principios de Yogyakarta.
- Agenda de salud para las Américas 2008-2017 OMS-OPS.
- Plan regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015 OMS-OPS.
- Estrategia ONUSIDA 2016-2021.
- Ley para prevenir y eliminar la discriminación del distrito federal.
- Metas del desarrollo sostenible ONU 2030.

Se anexan en la bibliografía algunas páginas electrónicas relacionadas.