

Conocimiento y actitudes de directivos sobre derechos, deberes, discriminación y estigmatización de las personas viviendo con VIH/sida. Ciudad Habana. 2008

Dr. Luis Enrique Bueno Marrero ¹. DraC. Ana Teresa Fariñas Reinoso ^{1,2}

¹ Especialista de I grado Higiene y Epidemiología. Centro Nacional de Prevención de las ITS/sida. Correo electrónico. luis.bueno@infomed.sld.cu

^{1,2} Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora Titular. Especialista de 2do grado en Epidemiología. Escuela Nacional de Salud Pública. Correo electrónico alastor@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción. Todavía no se logra un trato adecuado de las personas viviendo con el VIH/sida por parte del personal de salud. No se cuenta con directivos preparados sobre los deberes y derechos de las personas con VIH. **Objetivos.** Describir conocimientos y actitudes de los directivos del Programa de Prevención y Control del VIH/sida a nivel provincial y municipal sobre los deberes y derechos de las personas con VIH. Ciudad de La Habana. 2008, además de identificar las principales fuentes discriminación y estigmatización. **Método.** Estudio observacional descriptivo de corte transversal. Universo 75 directivos del Programa de Prevención y Control del VIH/sida a nivel provincial y municipal. Se estudiaron variables de conocimientos, actitudes y para identificar las fuentes de discriminación o estigmatización. **Resultados.** Se apreció que la mayoría de los directivos tenían conocimientos de los deberes y derechos de las PVVIH. Los directivos consideraron que los PVVIH fueron discriminados en primer lugar por el hecho de ser seropositivos, seguido por el temor al contagio y por último por ser un hombre que tiene sexo con otro hombre (HSH). Los directivos reconocieron que el principal actor social que discriminaba a las PVVIH en ambos niveles era el personal de salud. A nivel provincial el 100% de los encuestados asumió una actitud no estigmatizante y un 98.5% a nivel municipal. El cien por ciento de los directivos identificó como fuente de apoyo para las PVVIH a los familiares, parejas y personal de salud. Todos los directivos estudiados expresaron que no asumirían una actitud estigmatizante.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida)⁽¹⁾ aparece por vez primera en la primavera de 1981 en los Ángeles, EE.UU., cuando el Dr. M. Gottlieb describe los cinco primeros casos en jóvenes homosexuales masculinos. Desde entonces el mundo ha visto como una enfermedad que en un principio fue descrita solamente en países desarrollados, en hombres homosexuales y usuarios de drogas inyectables, se trasformó en una pandemia que afecta a millones de hombres, mujeres y niños en todos los continentes⁽²⁾.

Actualmente la mayoría de las infecciones por el virus e la inmunodeficiencia humana (VIH) ocurren en países en vías de desarrollo y sus efectos son muy graves en el mundo subdesarrollado y en los grupos marginados de los países industrializados⁽³⁾.

El virus ha devenido en una de las primeras causas de muerte para personas de 15 a 44 años de edad en las naciones del Caribe, y aunque se trata de un comportamiento en gran parte oculto, las relaciones sexuales entre varones representan hasta uno de cada diez casos de VIH notificados⁽⁴⁾.

Desde 1986 hasta Noviembre del 2008, en Cuba se diagnosticaron 10,454 personas seropositivas al VIH. El 80% de los casos son del sexo masculino y el 85,1% de ellos son hombres que tienen relaciones con otros hombres (HSH). Han fallecido 1847 personas y viven 8607 de ellas, han enfermado 3910. Entre los 29 municipios de más alta prevalencia del país, se incluyen los 15 municipios de la de Ciudad de La Habana, que continúa siendo la provincia más afectada, con una tasa de prevalencia estimada en el grupo de 15 a 49 años de 0.36⁽⁵⁾

El sida sigue siendo una de las enfermedades que aún son mortales, como el paludismo, la tuberculosis, el cáncer y las dolencias cardíacas, pero se diferencia de ellas porque no sólo influye en el estado de salud física de la persona sino también en su identidad y su condición social. La estigmatización y la discriminación que rodean al VIH pueden ser tan devastadoras como la propia enfermedad⁽⁶⁾.

El estigma y la discriminación relacionados con el VIH son universales, puesto que tienen lugar en todos los países y las regiones del mundo; son provocadas por muchas fuerzas, entre ellas, la falta de conocimiento sobre la enfermedad, los mitos sobre los modos de transmisión del VIH, los prejuicios, la falta de terapia antirretroviral, las informaciones irresponsables de los medios de comunicación sobre la epidemia, el hecho de que el sida sea incurable, los miedos sociales en torno a la orientación y

conductas sexuales, los miedos relacionados con las drogas ilícitas y el consumo de drogas intravenosas entre otras ⁽⁷⁾.

El fenómeno de la discriminación consta de tres componentes; las actitudes discriminatorias (también conocidas como prejuicios), el comportamiento discriminatorio y la discriminación. Los dos primeros (las actitudes y el comportamiento discriminatorios) se aplican a las personas que están dentro de la norma social; en cambio el último (la discriminación) se aplica a la relación entre los que están dentro de la norma social y los estigmatizados ⁽⁸⁾.

La discriminación contra las personas con VIH o que se sospecha con VIH puede tener consecuencias nefastas para la salud pública:

- La discriminación tiende a infundir miedo e intolerancia. Crea un clima que obstaculiza la prevención al desanimar a las personas a que se sometan a pruebas voluntarias y busquen información sobre cómo protegerse a sí mismos o proteger a los demás, lo que agudiza las consecuencias adversas de vivir con VIH.
- La discriminación puede engendrar un exceso de confianza peligroso entre las personas y grupos que no sean objeto de una atención especial, lo que les inducirá a creer que no corren ningún riesgo.
- La discriminación contra las personas con VIH o que se sospecha con VIH tiende a exacerbar las formas vigentes de marginación, como el racismo, la discriminación por razón del sexo, la indigencia y la discriminación contra los niños. Aumenta la ya acrecentada vulnerabilidad a la infección por VIH de los grupos marginados y obstruye su capacidad para afrontar el impacto de su propia infección y/o de sus familiares o allegados ⁽⁹⁾.

Las respuestas negativas que se producen en los centros de atención en salud (o la creencia de que habrá una respuesta negativa) llevan a las personas a ocultar su estado serológico respecto al VIH por temor a que se les niegue la atención. Las personas que están enfermas también puede que esperen hasta el último momento para solicitar tratamiento, de modo que con esa demora dañan su propia salud ⁽¹⁰⁾.

Lamentablemente, los individuos con VIH suelen informar que se sienten rechazados socialmente y son víctimas del comportamiento discriminatorio por parte del personal de salud. Esta realidad atraviesa las fronteras y los continentes⁽¹¹⁾.

Aunque la mayor parte de los trabajadores de salud aseguran que sus actitudes son neutrales o positivas, las experiencias en los establecimientos de salud que informan las personas con VIH apuntan hacia la generalización de la discriminación. En general, las encuestas de trabajadores de salud indican que entre 10% y 20% tienen actitudes negativas hacia las personas con VIH.

Tales actitudes están relacionadas con el miedo a la transmisión y los miedos a la desaprobación de los modos de vida reales o presuntos de las personas con VIH. La homofobia es un elemento importante de las actitudes negativas de los trabajadores de salud. En general, se cree que el contacto personal, en combinación con conocimientos claros de la enfermedad, son un elemento importante para mejorar las actitudes y el comportamiento de los trabajadores de salud hacia las personas con VIH ⁽¹²⁾.

En Cuba, el programa de lucha contra el sida, garantiza una atención integral de salud a portadores y enfermos, tratamiento gratuito con antirretrovirales y otros medicamentos a todos los enfermos, existen centros de atención médica especializada para casos que lo requieran, además se lucha sin descanso por el logro de la más plena integración social con todos los derechos y sin discriminación de las personas que viven con el VIH ⁽¹³⁾.

En Cuba, no se han efectuado modificaciones especiales a la legislación vigente para el VIH. No obstante, existen diferentes leyes, decretos leyes y resoluciones que protegen a todas las personas que padecen cualquier enfermedad y dentro de estas se encuentra las personas con VIH. En cuanto al derecho de trabajar que tienen los ciudadanos, a recibir una adecuada atención médica, al trabajo y a la seguridad social. También las disposiciones del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) referentes a las obligaciones como seropositivo y su compromiso de no propiciar la expansión de la epidemia, están recogidas en el Código Penal vigente ⁽¹⁴⁾.

Son pocos los estudios que sobre el tema se han realizado en el país. Los resultados de La Evaluación Independiente del Proyecto financiado por el Fondo Global «Fortalecimiento de la respuesta nacional multisectorial para la prevención y la atención de la epidemia del VIH en La República de Cuba» aun no están disponibles y en la investigación realizada en Ciudad de La Habana por el autor, las personas con VIH perciben como principales fuentes de discriminación y estigmatización a los vecinos, personal de salud (fundamentalmente de estomatología) y compañeros de trabajo; siendo el temor al contagio y el desconocimiento que puede existir sobre el VIH los principales motivos por lo que perciben discriminación ⁽¹⁵⁾.

Los pacientes viviendo con el virus del sida (PVVS) una vez diagnosticados, necesitan del apoyo de los que las rodean, pues son mucho más vulnerables desde el punto de vista psicológico. Sin embargo, muchas de estas personas adolecen del apoyo demandado, y por el contrario son rechazadas, discriminadas y/o estigmatizadas, lo que contribuye a incrementar su vulnerabilidad psicológica. Por otra parte, el conocimiento por los directivos de los deberes y derechos de las personas con VIH como ciudadanos los ayuda al afrontamiento adecuado de los problemas de estas personas al interactuar con la sociedad.

Lo anteriormente planteado sirvió de motivación para describir los conocimientos y actitudes de los directivos del Programa de Prevención y Control del VIH/sida a nivel provincial y municipal sobre los deberes y derechos de las personas con VIH en la Ciudad de La Habana en el año 2008, además de identificar cuáles eran las principales fuentes discriminación y estigmatización de las personas con VIH reconocidas por dichos directivos.

Método. Se realizó una investigación observacional descriptiva de corte transversal. Se escogió la Ciudad de La Habana por ser la provincia donde se concentraba más del 50% de la epidemia y sus 15 municipios se encontraban dentro de los 29 municipios más afectados a nivel nacional con prevalencia por encima de la nacional (0.1%). El universo estuvo representado por los 75 directivos del Programa de Prevención y Control del VIH/sida a nivel provincial y municipal.

Las variables generales que se estudiaron fueron, la edad, el sexo, el lugar de trabajo, el tiempo en el cargo, el tiempo trabajando en el programa. Para identificar los conocimientos se indagó sobre la atención médica recibida por las personas con VIH,

deberes de las personas con VIH, responsabilidad de las personas con VIH con la salud de los demás y la suya propia y estigmatización de las personas con VIH. Para valorar las actitudes se indagó sobre posición acerca de que las personas con VIH comuniquen su diagnóstico, actitud al comunicarle el diagnóstico a un paciente viviendo con el VIH (PVVIH), actitud que asume o asumiría el directivo si tiene un trabajador con VIH, medidas tomadas por el directivo para evitar la discriminación de las personas con VIH. Las variables para identificar las fuentes de discriminación o estigmatización exploraron, la discriminación de las personas con VIH, frecuencia con que las personas con VIH son discriminadas, motivo por el cual las personas con VIH son discriminadas, fuentes de apoyo de las personas con VIH y fuentes de discriminación de las personas con VIH.

Las técnicas cualitativas utilizadas fueron las revisiones bibliográficas y la encuesta aplicando un cuestionario que fue autoaplicado por los directivos del Programa de Prevención y Control de VIH/sida. El cuestionario se sometió a validación de apariencia y de contenido (criterios de Moriyama ⁽¹⁶⁾), mediante la participación de 4 expertos nacionales.

En las Unidades Municipales de Higiene, Epidemiología y Microbiología se solicitó el consentimiento informado del director y del resto de los participantes. Se aclaró que en el caso de las personas seleccionadas para el estudio podían elegir libremente si deseaban o no participar y se prometió guardar en todo momento la confidencialidad de la información emitida.

RESULTADOS

La caracterización general de los directivos que participaron en la investigación

De los 74 encuestados 65 pertenecían al nivel municipal para el 87,8% y 9 del nivel provincial. Predominaron las mujeres (77,7%), existiendo aproximadamente 3 mujeres directivas del programa por cada hombre. Las mujeres fueron mayoría para los dos niveles de dirección. Por otro lado, el grupo de edades de más de 40 años concentró el mayor número de encuestados tanto del nivel provincial como municipal con un total de 50 directivos para un 67.6 %, seguido por el grupo entre 30 y 40 con un 31.1% en ambos niveles. Sólo un directivo a nivel municipal tenía menos de 30 años para un 1.6% del total de encuestados.

Según el tiempo en el cargo de los directivos y en el programa existió un predominio de permanencia de más de tres años. A nivel provincial el 100% de los directivos se encontraba en este período de tiempo, y a nivel municipal el 53.8% llevaba más de tres años en el cargo y el 69.2% llevaba igual tiempo en el programa.

Principales resultados

Tabla 1. Al indagar sobre la variable atención médica brindada a los pacientes viviendo con el VIH (PVVIH), en general, el mayor porcentaje de los directivos en ambos niveles la consideró como buena (66,2%), y el 28,4% como regular, solamente 4 directivos la consideró de excelente. A nivel provincial el 44,4% la consideraron buena y regular

respectivamente y uno solo de excelente. A nivel municipal se elevó la evaluación de buena al 69,2%, seguida por un 26,2% de regular.

Tabla 1. Distribución de directivos del Programa de Control y Prevención de VIH/sida, según nivel donde laboran y criterio sobre la atención médica brindado a las PVVIH. Ciudad de La Habana. 2008.

Tipo de atención	Nivel donde labora				Total	%
	Provincial	%	Municipal	%		
Excelente	1	11,2	3	4,6	4	5,4
Buena	4	44,4	45	69,2	49	66,2
Regular	4	44,4	17	26,2	21	28,4
Total	9	12,2	65	87,8	74	100,0

Tabla 2. El 62.2% de los encuestados tenían conocimientos excelentes de los deberes de las PVVIH, un el 12.2% que obtuvo calificación de bien y un 21,6% de mal. La mayoría de los que quedaron evaluados en esta categoría fueron del nivel municipal con 14 compañeros y dos del nivel provincial.

Tabla 2. Distribución de directivos del Programa de Control y Prevención de VIH/sida, según nivel donde laboran y conocimientos de los deberes de las PVVIH. Ciudad de La Habana. 2008.

Nivel de conocimiento	Nivel donde labora				Total	%
	Provincial	%	Municipal	%		
Excelente	5	55,6	41	63,6	46	62,2
Bien	2	22,2	10	18,2	12	12,2
Mal	2	22,2	14	18,2	16	21,6
Total	9	12,2	65	87,8	74	100,0

Tabla 3. En relación con los conocimientos de los derechos de las PVVIH, se pudo apreciar que 61 de ellos obtuvieron calificación de excelente para un 82,4% que al examinarlo en conjunto con los que obtienen calificaciones de bien el por ciento ascendió 83.8 %. Sin embargo a nivel municipal existió un 3.1% que obtuvo calificación de regular y un 13.8% de mal. La calificación de mal fue dada a los directivos por no considerar el derecho a la confidencialidad y que las PVVIH reciban atención médica cuando la necesiten como derechos de estas persona.

Tabla 3. Distribución de directivos del Programa de Control y Prevención de VIH/sida, según nivel donde laboran y conocimientos de los derechos de las PVVIH. Ciudad de La Habana. 2008.

Nivel de conocimiento	Nivel donde labora				Total	%
	Provincial	%	Municipal	%		
Excelente	7	77,8	54	83,1	61	82,4
Bien	1	11,1	-	-	1	1,4
Regular	-	0,0	2	3,1	2	2,7
Mal	1	11,1	9	13,8	10	13,5
Total	9	12,2	65	87,8	74	100,0

Tabla 4. Al analizar los niveles de conocimientos de los directivos del programa sobre las premisas para otorgar el Sistema de Atención Ambulatoria a las PVVIH se obtuvo que un 66,2% se evaluó con conocimientos excelentes, un 10% de Bien y un 23% de mal.

Tabla 4. Distribución de directivos del Programa de Control y Prevención de VIH/sida, según nivel donde laboran y conocimientos de las premisas del SAA de las PVVIH. Ciudad de La Habana. 2008.

Nivel de conocimiento	Nivel donde labora				Total	%
	Provincial	%	Municipal	%		
Excelente	6	66,7	43	66,2	49	66,2
Bien	-	0,0	8	12,3	8	10,8
Mal	3	33,3	14	21,5	17	23,0
Total	9	12,2	65	87,8	74	100,0

A nivel provincial el 66.7% obtuvo calificación de excelente y el 33.3% de mal, mientras que a nivel municipal el 66,2% obtuvo calificación entre excelente, 12,3% de bien, pero un 21,5% obtuvo calificación de mal.

La calificación de mal se otorgó a los directivos que no pudieron identificar que era necesario comunicar la condición de seropositivo antes de mantener una relación sexual o recibir atención médica y/o estomatológica como premisas fundamentales para poder obtener el Sistema de Atención Ambulatoria.

Tabla 5. Se describe la actitud de los directivos al comunicarle el diagnóstico a una PVVIH donde se apreció que el 100% de los investigados, en ambos niveles en estudio asumió una actitud no discriminatoria ni estigmatizante ya que se comportaban como fuente de apoyo para estas personas.

Tabla 5. Distribución de directivos del Programa de Control y Prevención de VIH/sida, según nivel donde laboran y tipo de actitud al comunicarle el diagnóstico a una PVVIH. Ciudad de La Habana. 2008.

Tipo de Actitud	Nivel donde labora				Total (N=74)	% 100,0
	Provincial	%	Municipal	%		
No discriminatoria ni estigmatizante	9	12,2	65	87,8	74	

Tabla 6. Al precisar la frecuencia con que ocurren las acciones discriminatorias contra las PVVIH, se observó que en ambos niveles de estudio los directivos informaban que el 83.9% de las veces estas acciones ocurren "a veces" y un 16.1% informó que ocurren "casi siempre". A nivel provincial los directivos del programa refirieron que éstas acciones discriminatorias contra las PVVIH ocurrieron en el 71.4% "a veces" y el 28.6% "casi siempre". Por el otro lado, a nivel municipal el 85.5% consideró que las acciones mencionadas ocurren "a veces" y el 14.7% «casi siempre».

Tabla 6. Distribución de directivos del Programa de Control y Prevención de VIH/sida, según nivel donde laboran y frecuencia con que considera han ocurrido acciones discriminatoria contra las PVVIH. Ciudad de La Habana. 2008

Frecuencia	Nivel donde labora				Total	% 100,0
	Provincial	%	Municipal	%		
A veces	5	71,4	42	85,3	47	83,9
Casi siempre	2	28,6	7	14,7	9	16,1
Total	7	12,5	49	87,5	56	

Tabla 7. De forma general los directivos consideraban que los PVVIH fueron discriminados en primer lugar (83.9%) por el hecho de ser seropositivos al VIH, seguido por el temor al contagio (51.8%) y por último por ser un hombre que tiene sexo con otro hombre (HSH) con un 30,3%. El orden de estos motivos por los cuales los directivos consideraban que las PVVIH fueron discriminadas se mantuvo igual al analizar ambos niveles por separados.

Tabla 7. Distribución de directivos del Programa de Control y Prevención de VIH/sida, según nivel donde laboran y motivo por el cual considera fueron discriminadas las PVVIH. Ciudad de La Habana. 2008

Motivo	Nivel donde labora				Total (N=56)	%
	Provincial (N=7)	%	Municipal (N=49)	%		
Por ser seropositivo al VIH	6	85,7	41	83,7	47	83,9
Por temor al contagio	8	71,4	22	44,9	29	51,8
Por ser un hombre que tiene sexo con otro hombre	3	42,9	14	28,6	17	30,3

Tabla 8. En relación con la distribución de directivos del Programa de Control y Prevención de VIH/sida, según nivel donde laboran y actor social que discriminó a las PVVIH se observó que el principal actor social que los directivos refirieron que discriminaba a las PVVIH en ambos niveles fue el personal de salud (73,2%). El 100% de los investigados a nivel provincial refirió esta situación y el 69,4% a nivel municipal, seguido por los vecinos (46,4%), los compañeros de trabajo (42,8%), los familiares (28,6%) y los compañeros de estudio en el ultimo lugar (7,1%)

Tabla 8. Distribución de directivos del Programa de Control y Prevención de VIH/sida, según nivel donde laboran y actor social que refieren discriminó a las PVVIH. Ciudad de La Habana. 2008

Actor social	Nivel donde labora				Total (N=56)	%
	Provincial (N=7)	%	Municipal (N=49)	%		
Personal de salud	7	100,0	34	69,4	41	73,2
Vecinos	4	57,1	22	44,9	26	46,4
Compañeros de trabajo	5	71,4	19	38,8	24	42,8
Familiares	3	42,9	13	26,5	16	28,6
Compañeros de estudios	2	28,6	2	4,1	4	7,1

En el nivel municipal se mantiene este orden de prioridad, mientras que los directivos provinciales ubicaron en segundo lugar a los compañeros de trabajo, seguido por los vecinos, los familiares y los compañeros d estudio.

En la tabla 9. Se muestra distribución de directivos del Programa de Control y Prevención de VIH/sida, según nivel donde laboran y estigma hacia las PVVIH. Para poder definir si los directivos asumían una actitud estigmatizante se les preguntó como veían a las PVVIH en relación al resto de la población. De forma general el 98,6% (73 encuestados no tuvo una actitud estigmatizante, solamente 1 encuestado tuvo esta actitud. A nivel provincial el 100% de los encuestados asumió una actitud no

estigmatizante, igual actitud asumió el 98.5% a nivel municipal, ya que consideraban a las PVVIH iguales que el resto de la población. El 1.5% restante del nivel municipal asumió una actitud estigmatizante por considerar a las PVVIH diferentes al resto de las personas.

Tabla 9. Distribución de directivos del Programa de Control y Prevención de VIH/sida, según nivel donde laboran y estigma hacia las PVVIH. Ciudad de La Habana. 2008.

Actitud	Nivel donde labora				Total	%
	Provincial	%	Municipal	%		
No Estigmatizante	9	100,0	64	98,5	73	98,6
Estigmatizante	-		1	1.5	1	1,4

Tabla 10. La distribución de directivos del Programa de Control y Prevención de VIH/sida, según nivel donde laboran y actor social que considera fuentes de apoyo de las PVVIH se observó que de manera general la primera fuente de apoyo reconocida fueron los familiares con un 97,3%, seguido por las parejas 91,9%, personal de salud con el 90,5%, compañeros de trabajo con el 64,9%, compañeros de estudio con el 58,1% y por ultimo los vecinos con el 50%.

Tabla 10. Distribución de directivos del Programa de Control y Prevención de VIH/sida, según nivel donde laboran y actor social que considera fuentes de apoyo de las PVVIH. Ciudad de La Habana. 2008

Actor social	Nivel donde labora				Total (N=74)	%
	Provincial (N=9)	%	Municipal (N=65)	%		
Familiares	9	100,0	63	96,9	72	97,3
Pareja	9	100,0	59	90,8	68	91,9
Personal de salud	9	100,0	58	89,2	67	90,5
Compañeros de trabajo	8	88,9	40	61,5	48	64,9
Compañeros de estudios	6	66,7	37	56,9	43	58,1
Vecinos	6	66,7	31	47.7	37	50.0

Para el nivel provincial el 100% de los directivos identificaron como fuente de apoyo para las PVVIH a los familiares, parejas y personal de salud, luego ubicaron a los compañeros de trabajo (88.9%) y finalmente a los compañeros de estudios y vecinos con igual por ciento (66.7%). En el nivel municipal la ubicación fue similar a la observada en la general.

Tabla 11. Cuando se analizaron los resultados se observó que en ambos niveles el 74.3% de los encuestados identificaron a los compañeros de trabajo como fuente de

discriminación para las PVVIH, el 71.6% a los vecinos, el 58.1% a los compañeros de estudios, el 54.0% al personal de salud, el 33.8% a las parejas y por último el 31.1% a los familiares de las PVVIH.

Tabla 11. Distribución de directivos del Programa de Control y Prevención de VIH/sida, según nivel donde laboran y actor social que considera fuentes de discriminación de las PVVIH. Ciudad de La Habana. 2008

Actor social	Nivel donde labora				Total (N=74)	%
	Provincial (N=9)	%	Municipal (N=65)	%		
Compañeros de trabajo	8	88,9	47	72,3	55	74,3
Vecinos	7	77,8	46	70,8	53	71,6
Compañeros de estudios	6	66,7	37	56,9	43	58,1
Personal de salud	8	88,9	32	49,2	40	54,0
Pareja	4	44,4	21	32,3	25	33,8
Familiares	4	44,4	19	29,2	23	31,1

El comportamiento por niveles fue diferente, a nivel provincial el 88.9% de los directivos identificaron como fuentes de discriminación para las PVVIH al personal de salud y los compañeros de trabajo, seguidamente ubicaron a los vecinos con un 77.8%, posteriormente a los compañeros de estudios 66.7% y finalmente identificaron con igual por ciento 44.4% a los familiares y las parejas. La distribución municipal coincidió con el mismo orden que al analizar conjuntamente ambos niveles.

Al analizar que actitud asumiría un directivo si tiene una PVVIH en su centro de trabajo se muestra en la [Tabla 12](#).

Tabla 12. Distribución de directivos del Programa de Control y Prevención de VIH/sida, según nivel donde laboran y actitud y medidas que asume o sumiría, para evitar la discriminación o estigmatización si tiene una PVVIH en su centro de trabajo. Ciudad de La Habana. 2008

Actitud	Nivel donde labora				Total	%
	Provincial	%	Municipal	%		
No estigmatizante	9	100,0	64	100,0	74	100,0
Medidas no estigmatizante	9	100,0	64	100,0	74	100,0

El cien por ciento de los directivos a ambos niveles estudiados expresó que no asumiría una actitud no estigmatizante ya que brindarían ayuda, apoyo, solidaridad y comprensión a esta persona, pero sin revelar su estado serológico en relación al VIH ni favoreciendo al trabajador en su quehacer diario.

En relación con la distribución de directivos del Programa de Control y Prevención de VIH/sida, según nivel donde laboran y medidas tomadas para evitar la discriminación o estigmatización de las PVVIH, el 100 por ciento de los directivos investigado en ambos niveles ha tomado medidas no estigmatizantes, dirigidas a evitar que existan o se generen diferencias entre los trabajadores en función de su estado serológico o el desempeño de los trabajadores en sus puestos de trabajos.

Discusión de los resultados

En relación con la distribución de los directivos por sexo, está en relación al predominio que existe de mujeres en relación con los hombres en los más de 300 000 trabajadores de la salud que existían en Cuba hasta el año 2007 ⁽¹⁷⁾. En dependencia al tiempo de permanencia en el cargo y el programa, de forma general existió una estabilidad de los cuadros en ambos puestos, ya que la mayoría de los investigados tenían más de tres años tanto en el programa como en el cargo.

En conversación con algunos de los miembros del Grupo Provincial de Prevención de las ITS y el VIH/sida se conoció que realmente los cargos de jefe de programas y educadores municipales son los más estables, no siendo así con el resto del personal del equipo municipal, donde en ocasiones las líneas de trabajos son llevadas por personal voluntario el cual no tiene asignado un salario, y al inicio se encuentran muy motivados pero al pasar el tiempo, la situación financiera le obliga buscar otro puesto de trabajo dentro o fuera del sector salud por el cual si reciban un salario.

En este estudio se pudo observar que aunque un por ciento elevado de directivos calificaron la atención médica brindada a las PVVIH entre excelente y bien, existió otro por ciento que la calificó de mal. Las principales excusas fueron el déficit de algunos recursos fundamentalmente de material desechable; deficiencias en la capacitación del personal que brinda la atención médica y en alguna medida la falta de sensibilización en el personal de salud, lo que ha conllevado a realizar acciones discriminatorias contra las personas que viven con VIH cuando solicitan la atención médica o estomatológica.

En estudio anterior realizado en el año 2004 ¹⁵, donde se encuestaron a 222 PVVIH de cuatro municipios de la Ciudad de La Habana un alto por ciento de los investigados calificó la atención entre excelente y buena; pero otro por ciento la calificó de mala y aunque no se precisaba en el estudio la causa de esta calificación, se pudo conocer en conversación con PVVIH, que cuando informaban su condición serológica le era negada la atención médica, o simplemente no lo atendían de una forma adecuada, por lo que preferían ocultar la misma.

En otro estudio realizado sobre la estigmatización y discriminación en trabajadores de atención primaria de salud hacia personas con VIH ⁽¹⁸⁾, una de las actitudes estigmatizantes hacia las PVVIH fue la restricción de la atención médica, limitar la atención médica de estas personas en unidades que atiendan población general e igualmente limitar su atención quirúrgica. Estas tres actitudes van en detrimento de la calidad de la atención médica brindada a las PVVIH, ya que impide el acceso a los servicios y al tratamiento que necesitan.

En el mundo se recogen variadas restricciones en la atención de las personas con VIH. Según un informe publicado por la OPS en Cochabamba (Bolivia), más de un tercio de los 305 trabajadores de salud entrevistados confesaron tener miedo de los pacientes

con VIH y creían que estos debían estar aislados ⁽¹⁹⁾. En un estudio realizado en Nigeria el 59% de los profesionales de la salud agregaron que las personas con VIH debían estar separadas del resto ⁽²⁰⁾.

Estas restricciones en la atención de las personas con VIH extendidas por el mundo y evidenciadas en algunos trabajadores de la salud encuestados, son contrarias a la ética de los profesionales de la salud cubana; violan los derechos de las personas con VIH y evitan una respuesta adecuada para afrontar esta pandemia.

Cuando los directivos de del Programa de Control y Prevención de VIH/sida tiene los conocimientos adecuados sobre los deberes y derechos de las PVVIH están preparados para orientar, capacitar y ayudar a estas personas evitando de esa forma que estén menos expuestas a ser estigmatizadas y discriminadas, además estos pacientes podrían acceder a un mejor tratamiento, tanto médico como psicológico, pues en algunas circunstancias pueden verse afectadas por el temor a ser discriminados e igualmente se imposibilita su reinserción a las sociedad ⁽²¹⁾.

En cuanto a los derechos, un grupo de directivos no reconoció como derechos de las PVVIH el derecho a la confidencialidad y que las PVVIH recibieran atención médica cuando la necesiten. La confidencialidad es un elemento a tener en cuenta desde que se conoce el diagnóstico de una PVVIH, ya que este diagnóstico sólo debe ser del conocimiento del personal de salud que va atender directamente a esta persona y las PVVIH son libres de decidir a quien comunican su diagnóstico.

La violación de la confidencialidad del diagnóstico de una persona infectada por el virus del sida pude ser otro acto discriminatorio. Esta violación se produce al informar del estado seropositivo de la persona infectada a los convivientes del hogar del infectado, y en menor medida al mejor amigo del profesional de la salud. El secreto que debe guardarse con respecto a la situación de portador de una persona se apoya en un doble fundamento: los derechos del paciente y los derechos de la comunidad. Los integrantes del equipo de salud que asisten directamente al paciente tienen el derecho de conocer su condición de seropositividad, en aras siempre del mejor beneficio para el paciente ⁽¹⁸⁾.

Es indudable también el derecho al conocimiento por parte de la propia persona; así como de las autoridades de salud pública a través de la notificación reservada y confidencial, con fines de vigilancia epidemiológica. También tendrán derecho a conocer la condición de portador aquellas personas identificables que se encuentren claramente en riesgo (pareja sexual) ⁽²²⁾.

No obstante, en la investigación sólo un pequeño por ciento de los directivos a nivel municipal asumió una actitud medianamente discriminatoria o estigmatizante porque consideraban que las PVVIH deben comunicar su condición de seropositiva al VIH a todo el mundo. Lo anterior puede estar relacionado con el desconocimiento de este derecho de las PVVIH. Además a la hora de comunicarle el diagnóstico a una PVVIH, todos los directivos en ambos niveles asumieron una actitud no discriminatoria ya que se comportaron como fuentes de apoyo.

En Cuba, cuando una persona se diagnóstica como seropositiva al VIH, es localizada por los funcionarios del programa para ofrecerle atención médica y psicológica e incorporarla al Curso "Aprendiendo a Vivir con el VIH". El propósito de este curso es ayudar a las personas a vivir con el VIH, asumir su seropositividad, y adoptar prácticas

que tengan un impacto positivo sobre su salud y la de los demás. Una vez concluido el curso se valora si la persona reúne los requisitos para acogerse al Sistema de Atención ambulatoria ⁽²³⁾.

El conocimiento de las premisas para acogerse al Sistema de Atención Ambulatorio es de vital importancia para todo el personal implicado en el Programa de Control y Prevención del VIH/sida incluyendo a los directivos, pues el dominio de estas premisas permitirá evaluar el comportamiento de las PVVIH que residen en sus municipios y de esa forma accionar ante cualquier desviación en la conducta de las mismas que implique la propagación de la epidemia.

En relación a la fuente de estas acciones de discriminación los resultados de esta investigación son similares a las restantes investigaciones sin importar el escenario donde se realizó. El personal de salud sigue siendo uno de los actores sociales que más identifican las PVVIH, sus familiares, parejas y hasta los mismos funcionarios del sistema de salud, como fuente de acciones de discriminación.

En el estudio nacional del 2004, realizado por el Centro Nacional de Prevención de las ITS y el VIH/sida (CNPITS-VIH/sida), se encontró que las PVVIH que trabajaban preferían ocultar su diagnóstico por temor a las reacciones de sus compañeros de trabajo y superiores ⁽⁴⁾. Igual comportamiento encontró ONUSIDA en sus estudios realizados en la India y Uganda ⁽⁹⁾.

En relación al motivo por el cual las PVVIH fueron víctimas de acciones de discriminación, los directivos encuestados coincidieron con los mismos criterios brindados en otras investigaciones que abordaron este tema ⁽¹⁵⁾, en las cuales primaron los hechos de ser seropositivo al VIH, el temor al contagio y luego ser un HSH.

En una encuesta sobre los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los trabajadores de salud de Managua, Nicaragua, realizada en 2003, se halló que el 41% de las enfermeras tenía enormes brechas en sus conocimientos sobre VIH ⁽²⁴⁾, lo que coincide con una investigación realizada en el municipio 10 de Octubre en el año 2003, en la cual el 60.4% de los profesionales y el 20.9% de los técnicos tuvo conocimiento suficiente sobre la transmisión de la infección del VIH, relacionadas estas con las actitudes que mantenían con los pacientes seropositivos ⁽²⁵⁾.

El estigma es un atributo que «desprestigia profundamente», lo aplica la sociedad y lo sobrellevan o poseen los grupos o personas. El meollo del estigma es el miedo de que los estigmatizados amenacen a la sociedad, el estigma puede ser percibido o experimentado.

Los directivos encuestados no asumieron una actitud estigmatizante en relación a las PVVIH ya que las consideraron igual al resto de las personas. Similar resultado obtuvo el CNPITS-VIH/sida en su estudio nacional del 2002, donde las mismas PVVIH se consideraban igual al resto de las personas y las que alegaron sentirse diferentes, invocaron que tenían algunas limitaciones en sus vidas por causa de la enfermedad, así como la propia auto limitación y no porque las personas las vieran diferentes ⁽⁴⁾.

La identificación de las fuentes de apoyo y de discriminación para las PVVIH por parte de los directivos encuestados, coincidió con estudios realizados por CNPITS-VIH/sida en el 2002 y por el Investigador en el 2004⁽¹⁵⁾ donde los actores sociales (familiares,

pareja, compañeros de estudios o trabajo y el personal de salud) puede funcionar tanto como fuente de apoyo que de discriminación, depende del contexto en que se produzca la situación y el momento en que se acuda a la misma.

La Red de Asia y el Pacífico de Personas que Viven con el VIH/SIDA llevó a cabo una investigación entre personas con VIH en Filipinas, la India, Indonesia y Tailandia. Entre sus conclusiones, destacan el hallazgo de un amplio y persistente intervalo de discriminación contra las personas con VIH o que se presumen con VIH. Se incluía aquí la discriminación por parte de amigos y empleadores en los centros de trabajo y de salud, así como la exclusión de funciones sociales y la denegación de prestaciones, privilegios o servicios ⁽²⁶⁾.

Se puso en evidencia que los conocimientos de los deberes, derechos de las PVVIH, así como de las premisas del Sistema de Atención Ambulatorio aun no son suficientes en los directivos del Programa de Control y Prevención de VIH/sida encuestados, aunque estos mantienen una actitud no discriminatoria, ni estigmatizante hacia las PVVIH.

A veces se han presentado acciones discriminatorias contra las PVVIH, siendo el personal de salud el actor social que más realiza estas acciones, el hecho de que la persona sea seropositiva al VIH es el motivo principal por lo que surgen estas acciones.

Finalmente el personal de salud, los familiares y la pareja son identificados por los directivos como las principales fuentes de apoyo de las PVVIH; mientras que los compañeros de trabajo y los vecinos son las principales fuentes de discriminación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS. Terminología relacionada con el VIH: actualización 2006 de la OPS [actualizado 2006; citado 11 Mayo 2007]. Disponible en: <http://www.accion17.org/esp/site/guiasmanuais/guia.php>
2. MINSAP. Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/SIDA. Ciudad de la Habana: MINSAP; 1997.
3. ONUSIDA. Resumen mundial de la epidemia VIH/SIDA 2006. Ginebra: ONUSIDA; 2006.
4. Centro Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH/SIDA. Informes estadísticos. La Habana: Centro Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH/SIDA; 2004
5. Informes estadísticos del Centro Nacional de control y prevención de las ITS/VIH/SIDA. La Habana; 2008
6. Molinos Trades S. Quieres saber sobre ITS/VIH/SIDA. 100 preguntas y respuestas.1era ed. París: UNESCO; 2003.
7. ONUSIDA. Campaña mundial contra el VIH/SIDA 2002=2003. Marco conceptual y base para la acción: estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA. Ginebra: ONUSIDA; 2002.

8. Foreman M, Lyra P, Breinbaver C. Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/SIDA en el sector salud. Washington: OPS; 2003.
9. ONUSIDA. Protocolo para la identificación de discriminación contra las personas que viven con el VIH. Ginebra: ONUSIDA; 2001.
10. UNESCO/ONUSIDA. Campaña de sensibilización del público para combatir la discriminación en las comunidades. París: UNESCO/ONUSIDA; 2001.
11. Herek GM, Capitanio JP, Widaman KF, " HIV-Related Stigma and Knowledge in the United States: Prevalence and Trends, 1991-1999" American Journal Of Public Health, 2002, vol 92:37-377.
12. Brown L, Macintyre K, Trujillo L, "Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: what have we learned? AIDS Education and prevention. 2003; 15 (1): 49-69.
13. Lage C. Discurso pronunciado en la Asamblea General de la Naciones Unidas (UNGASS), Nueva York. Periódico Granma 2001 junio 25, 2.
14. Viviendo con VIH. Manual para las personas viviendo con VIH/SIDA en Cuba. La Habana: Centro Nacional de Prevención de ITS/VIH/SIDA, 2003
15. Bueno LE. Deberes, derechos, discriminación o estigmatización de las personas viviendo con VIH/SIDA. [Tesis]. Ciudad de La Habana: Instituto Nacional de Higiene Epidemiología y Microbiología; 2004.
16. Indicadores of Social Changes. Problems in the measurements of health status. New York: Russel Sage Fundation; 1968:593.
17. Dirección Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de Salud 2007. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2007.
18. Hernández S. Estigmatización y discriminación en trabajadores de atención primaria de salud hacia personas con VIH. Ciudad de la Habana. [Tesis]. Ciudad de La Habana: Instituto Nacional de Higiene Epidemiología y Microbiología; 2007.
19. PAHO.org [homepage on the internet]. Washington: Día Mundial de Lucha contra el Sida: combatiendo la discriminación en el sector salud. Actualización de la epidemia, diciembre de 2003 [actualizado 17 marzo 2004; citado 12 Enero 2004]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/DD/PIN/sida_hoja.htm
20. Reis C, Heisler M, Amowitz LL, Moreland RS, Mafeni JO, et al. Discriminatory attitudes and practices by health workers toward patients with HIV/AIDS in Nigeria. PLoS Med. [serie en Internet]. 2005 Jul [citado 19 Ago 2005]; 2 (8): [aprox. 4 p]. Disponible
21. CNPITS/VIH-SIDA. Legalidad y sida en Cuba. Ciudad de La Habana. CNPITS/VIH-SIDA, 2005

22. Comisión Especial Impacto Psicosocial del VIH/SIDA. Actitudes y prácticas sobre VIH-Sida. Rev Med Uruguay [serie en Internet]. 2005 Enero [citado 8 Abril 1998]; 14 (5): [aprox. 2 p]. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/1998v1/art2.pdf>
23. MINSAP. Plan estratégico nacional ITS/VIH/SIDA, 2001-2006. La Habana (Cuba): MINSAP; Ene 2001
24. PAHO.org [homepage on the internet]. Washington: VIH/SIDA: muchos trabajadores de salud todavía discriminan [actualizado 11 May 2003; citado 25 Nov 2003]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/ps031125.htm> .
25. Iglesias M. Nivel de conocimiento de los trabajadores de la salud sobre VIH/SIDA. [tesis]. Municipio 10 de Octubre: Escuela Nacional de Salud Pública; 2003.
26. ONUSIDA. Resumen mundial de la epidemia VIH/SIDA 2004. Ginebra: ONUSIDA; 2004