

## 4. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Los estudios e informes del estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA en los servicios de salud de América Latina y el Caribe usan metodologías similares y tienen los mismos defectos y describen una situación análoga a la del resto del mundo. Las formas extremas de discriminación, como el llamado al aislamiento, son poco comunes, pero las actitudes y los comportamientos discriminatorios siguen vigentes en muchas comunidades, y repercuten adversamente en el bienestar psicológico y físico de las personas con VIH/SIDA.

Debido a que casi todas las encuestas que se examinan más abajo se llevaron a cabo en una época en la cual no se disponía ampliamente de tratamientos antirretrovirales y la enfermedad todavía guardaba una correlación alta con la muerte, dichos estudios no reflejan forzosamente la situación actual. Además, según casos de los que se tiene conocimiento, aunque el estigma por el VIH/SIDA está disminuyendo en algunas comunidades, el que se vincula con las relaciones sexuales entre hombres sigue estando sumamente arraigado. Por consiguiente, algunas personas se preocupan más por esconder su orientación sexual que su estado VIH positivo (véase más abajo). Algunas organizaciones reconocen que la homofobia es un problema, asimismo, aun cuando el estigma relacionado con el consumo de drogas inyectables y las trabajadoras sexuales esté generalizado, no se han realizado estudios al respecto.

Lamentablemente, esta revisión encontró pocos estudios en la región. Es cierto que se han realizado muchas otras encuestas sobre el estigma y la discriminación en los servicios de salud en América Latina y el Caribe. Por lo tanto, las presentes conclusiones deben considerarse de índole preliminar.

### *Homofobia*

Al margen del advenimiento de organizaciones a favor de los derechos de las personas homosexuales y de cierto grado de aceptación de los hombres abiertamente homosexuales en círculos sociales liberales, la homofobia es un fenómeno generalizado en América Latina y el Caribe y un factor principal de la discriminación relacionada con el VIH/SIDA.

En muchos sectores de la sociedad latinoamericana, la actividad homosexual es aceptable si el hombre únicamente penetra a su pareja. Al hombre que se deja penetrar o que se cree que se deja se lo considera “poco hombre” y, por consiguiente, objeto “legítimo” del estigma.

La violencia contra los hombres que se sabe o se presume que tienen relaciones sexuales con otros hombres es común en la región e incluye violación y asesinato. Se han documentado casos sobre todo en Brasil, pero se han notificado en casi todos los países. El VIH/SIDA suele ser una justificación para

*Los travestis son particularmente vulnerables a la homofobia. Un estudio argentino señala que los travestis consideran los hospitales y demás establecimientos de salud como sumamente discriminatorios y un lugar al cual acudir sólo en caso de necesidad extrema: “Prefiero morir en el hotel rodeada de maricones y no sola en una cama del hospital.” La identidad de género es a menudo una fuente de estigma experimentado: “Una vez, estaba en una sala de espera, y me llamó por el nombre de varón y mi apellido... casi me muero de vergüenza... no me levanté, esperé que llamara a otro y después me fui” (Barreda & Isnardi, 2003)*

atacar a la víctima, acusada de transmitir el virus, al margen de si es VIH-positiva o no. La violencia ocurre con frecuencia en situaciones de índole sexual, instigada por el temor y la ira del agresor que está siendo acusado de ser un hombre que se deja penetrar (Mott et al., 2002).

Aun cuando la actividad sexual entre dos hombres es legal en la mayor parte de los países de la Región<sup>14</sup>, la policía usa las leyes sobre la moral pública para impedir la congregación de hombres o para refrenar su comportamiento en sitios públicos o semipúblicos, como los bares. La violencia policial contra los hombres homosexuales también está ampliamente documentada.

La homofobia en los servicios de salud de la región se conoce extensamente (véanse Chile, Guatemala y el Caribe), pero el grado en que es un factor de la discriminación relacionada con el VIH/SIDA no se ha investigado estadísticamente. Tal investigación es esencial para confeccionar una respuesta apropiada al estigma y la discriminación.

#### *Legislación*

La Convención Americana sobre Derechos Humanos (Protocolo Adicional) contiene un artículo sobre el “Derecho a la Salud”, que obliga a los países a que aseguren la “satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de riesgo más alto y de aquellos cuya pobreza los hace los más vulnerables”.

Una encuesta de 1991 de las leyes relacionadas con el VIH/SIDA en América Latina puso en relieve la amplia gama de factores que influyen en la redacción de las leyes, entre otros, las actitudes de los trabajadores de salud, la forma con la que la burocracia del gobierno aborda el problema, la función de la Iglesia Católica y de los medios de difusión. Se identificaron tres enfoques: restrictivo, “basado en la percepción de la posibilidad y necesidad de controlar la epidemia del SIDA mediante leyes y reglamentos restrictivos”; humanístico, en el que se hace hincapié en “la necesidad de respetar los derechos humanos de los pacientes con SIDA y de las personas seropositivas al

VIH, así como los de sus familias y amigos”; y pragmático, basado en la justificación que “sólo los reglamentos que abordan situaciones particulares y concretas pueden alcanzar la meta de prevenir y controlar la propagación de la enfermedad”. La encuesta señaló que varios países adoptaron más de un enfoque. Por ejemplo, en Costa Rica hay un decreto que previene la discriminación contra los presidiarios por razones de orientación sexual o su estado respecto al VIH/SIDA, y una ley que exige pruebas del VIH a los extranjeros que solicitan residencia permanente o temporal (Linares, 1991).

Los exámenes más recientes de las leyes han sido menos completos. La Organización Panamericana de la Salud publicó un informe breve sobre las leyes y el acceso al tratamiento en 2003 (OPS, 2003), y un examen de las leyes centroamericanas, que figura en la sección 4.3.

## **4.1. Países sudamericanos de habla hispana**

### **4.1.1. Argentina**

#### *Actitudes de los trabajadores de salud*

Una encuesta realizada en 1996 con los profesionales de la salud cuyo trabajo se relaciona con el VIH/SIDA confirmó tasas altas de aprensión al tratar a los consumidores de drogas inyectables (57%), los hombres homo y bisexuales (26%), los hijos de madres seropositivas (12%), los hemofílicos o los consumidores de hemoderivados (12%) y los pacientes heterosexuales (5%) (Frieder, 2003).

Un estudio realizado en 2000 en cinco hospitales de Buenos Aires reveló reducción del rechazo experimentado por los pacientes con el VIH/SIDA; sin embargo, una conexión estrecha entre los comportamientos estigmatizados—basados en la orientación sexual y las drogas inyectables—sigue provocando dificultades en la relación entre el médico y el paciente (Biagini, 2000).

<sup>14</sup> Insólitamente, en Nicaragua el sexo entre hombres se convirtió en delito en 1992.

*Experiencias de las personas que viven con el VIH/SIDA*

Patricia Pérez de ICW Latina (una división de International Community of Women living with HIV/AIDS) comenta que la discriminación ha disminuido ya que los trabajadores de salud están mejor informados acerca de la enfermedad y tienen mayor contacto con personas VIH-positivas a medida que aumenta el número de personas con ese diagnóstico. Ella señala que una minoría de las personas con el virus también se beneficia adquiriendo más conocimientos acerca de sus derechos. “Estamos trabajando con el Centro de Denuncias contra la Discriminación en programas de educación para evitar el estigma en las personas con VIH/SIDA, en nosocomios, grupos de autoayuda y escuelas” (comunicación personal).

**4.1.2. Bolivia***Conocimientos de los trabajadores de salud*

Según un estudio sin fecha (posiblemente de 1998), la tasa de ignorancia de 305 trabajadores de salud en Cochabamba acerca del diagnóstico y el tratamiento del VIH/SIDA fue muy alta (79,4% no sabía que es preciso el resultado positivo del ensayo inmunoenzimático de inmunoabsorbente ligado a enzimas (ELISA), y 72,1% estaba poco familiarizado con los fármacos que se usan para combatir el VIH/SIDA); la tasa de confianza de trabajar con pacientes con la enfermedad, era baja (30,3% se consideraron aptos para trabajar con pacientes con el VIH/SIDA, y 33,8% tenían aprensión y creían que se debía aislar a los pacientes). Estas cifras se aplican a la gama completa de profesiones, desde los médicos, las enfermeras y los auxiliares de enfermería, hasta los asistentes de laboratorio (Valdez Carrizo & Saudan, sin fecha).

**4.1.3. Chile***Población en general*

Conforme a un discurso que pronunció un delegado del gobierno chileno ante las Naciones Unidas, en noviembre de 2000, 75% de la población “está dispuesta a compartir los espacios sociales, como los lugares de trabajo y la escuela, con personas con VIH/SIDA”; asimismo, “la cifra de los encuestados

que contestaron que todos somos vulnerables aumentó de 6,9 por ciento, en 1991, a 28,2 por ciento, en 1994. Se cree que esta cifra ha aumentado considerablemente desde entonces”. Posteriormente, la Cámara de Diputados aprobó la ley contra la discriminación que promueven la prevención y la no discriminación contra las personas con VIH/SIDA, que está debatiendo el Senado.

*Actitudes de los trabajadores de salud*

Un estudio de 1997 reveló que 48,5% de las enfermeras en los servicios de salud en Concepción estaba de acuerdo en trabajar con pacientes con VIH/SIDA; 41,6%, estaba indeciso, y las actitudes de 10,1% eran negativas (Ortiz y Del Carmen, 1997).

*Experiencias de las personas que viven con el VIH/SIDA*

Un informe de 2002, de 70 páginas, sobre “Situaciones de discriminación que afectan a las personas viviendo con VIH/SIDA en Chile”, presenta información de establecimientos asistenciales, recoge datos de estos y desarrolla entrevistas de 13 ciudades. El documento describe con detalles “las situaciones de discriminación que experimentan las personas viviendo con VIH en el ámbito de la salud, profundizándose en la falta de acceso a tratamientos antirretrovirales, la discriminación en los servicios de salud así como también las vulneraciones a la ética médica en que incurrir estos centros asistenciales” (Vivo Positivo, 2002).

“En el campo de la atención en salud es donde se detectan la menor cantidad de experiencias positivas por parte de los/as informantes. Aún cuando, en general, las personas reconocen que han percibido un cambio en la actitud de los/as profesionales de la salud hacia los y las pacientes, particularmente, al interior de los programas de VIH, este cambio no se compadece con los requerimientos y necesidades de las personas que viven con VIH/SIDA” (Vivo Positivo, 2002).

El informe cita las causas básicas del comportamiento discriminatorio, entre otras, la falta de personal, capacitación e información, hace una crítica profunda y propone recomendaciones.

*Paciente: “¿Doctor, como ha sido el resultado de mi examen, que es lo que yo tengo?”*

*Médico: en plena sala y a gritos “Tanto que molestas, SIDA tienes, ahora te vas a morir” (Bolivia: Fundación Más Vida, sin fecha).*

*Enfermera: “Al joven que le hicieron la biopsia, esta sangrando debe curarle y coserle la herida”*

*Médico: “Voy atender a todos menos al sidoso”. (Bolivia, Fundación Más Vida, nd)*

*“Cuando recién ingresé al programa lo hice como heterosexual, vino mi señora y mis hijos. Pero pasaron como dos años y surgió mi sexualidad homosexual. Entonces, el trato cambió de inmediato. ... Yo estoy con una terapia de rescate. El doctor me dijo que la única forma de conseguirla era que entrara por mi grupo familiar, ya que yo tenía señora y hijos” (Chile: Vivo Positivo, 2002).*

*“Es muy importante que la gente se informe, que vaya adquiriendo terminología, que sepa qué es un inhibidor de la proteasa, qué es un inhibidor de la transcriptasa. Cuando uno va al médico manejando esa terminología, el trato cambia” (Chile, Vivo Positivo, 2002, p. 8).*

#### Conocimientos y actitudes de los médicos

En un estudio nacional realizado en 1995 se encuestó a médicos sobre sus conocimientos y actitudes con respecto a temas tales como: ¿Cuándo recomendar una prueba del VIH? ¿Debe el médico comunicarle al paciente un resultado positivo? ¿Se debe informar a otras personas (familia, cónyuge, médico personal, colegas del trabajo) del resultado positivo (es decir, violar la confidencialidad)? ¿Recomendaciones que se deben hacer a un paciente VIH positivo? Se llegó a la conclusión de que las prácticas discriminatorias eran poco comunes, pero existían, y que la confidencialidad seguía siendo un tema polémico (CEIPV, 1998).

#### 4.1.5. Venezuela

##### *Actitudes de los trabajadores de salud*

Un estudio de 322 trabajadores de salud, realizado en 1996, reveló tasas altas de actitudes negativas entre los dentistas (36%, rechazo; 45%, discriminación) y las enfermeras (26%, rechazo; 46%, discriminación); asimismo, entre los médicos se constataron tasas altas (27%, rechazo; 42%, discriminación) y los estudiantes (23%, rechazo; 42%, discriminación). “Se asume que ello pueda ser debido a la mayor probabilidad de contagio y riesgo que presenta su actividad clínica” (Prieto Belisario, 1996).

#### 4.2. Brasil

##### *Actitudes de los trabajadores de salud*

Un estudio de 21 profesionales de enfermería, que se llevó a cabo en 1995, en Campinas, estado de São Paulo, confirmó que las preocupaciones principales de los entrevistados eran el miedo a contraer el virus, la relación emocional, la sexualidad y la drogadicción, la exposición constante a la muerte y el agotamiento. (Figueiredo y Turato, 1995). En un estudio de 1997 con 17 trabajadores de salud de São Paulo (médicos, un psiquiatra, enfermeras, asistentes y sociólogos)—14 de los cuales había trabajado al menos cinco años con pacientes con VIH/SIDA— se encontraron niveles muy altos (más de 50%) de frustración, depresión, ira y angustia (Malbergier y Stempluk, 1997). Sin embargo, la disponibilidad de medicamentos antirretrovirales, que según datos confirmatorios han reducido sustancialmente el estigma del VIH/SIDA, habría suplantado ambos estudios.

##### *Experiencias de las personas que viven con el VIH/SIDA*

Dos estudios de mujeres con el VIH/SIDA revelaron relativamente pocas experiencias de discriminación. En 1997, se encuestaron 1,068 mujeres y 7% informó incidentes de discriminación. (Gaspar Tunala, 2002). En 1999-2000, 14,4% informó indiferencia; 5,1%, discriminación, y 2,0%, críticas de los trabajadores de salud que les entregaron el resultado positivo de la prueba. Era más probable que las mujeres

que se hicieron las pruebas en maternidades o servicios de salud privados experimentar discriminación, críticas o indiferencia. Sin embargo, solo 42,1% de las mujeres dijeron haber recibido orientación antes de la prueba, y 62,5%, después de la prueba. Otros servicios que las entrevistadas consideraron insuficientes fueron el apoyo psicológico, la atención nutricional y la salud bucodental (Cotrim Segurado et al., 2003).

En 2002, el gobierno lanzó una campaña nacional para promover la diversidad e intentar reducir la discriminación contra los hombres homosexuales.

### **4.3. Centroamérica, México y países del Caribe de habla hispana**

Un estudio de 2001 sobre las leyes relacionadas con el VIH/SIDA en Centroamérica, indica que las leyes posteriores a 1990 han incrementado considerablemente la protección de los derechos de las personas VIH positivas y de quienes están relacionados con ellas. Estas leyes prohíben la discriminación, ya sea mediante la confirmación de que las personas con VIH tienen los mismos derechos que el resto de la población o citando casos tales como el empleo, educación y atención de salud. Sin embargo, en algunos países persisten ciertas discrepancias entre los derechos humanos y la ley, como las pruebas obligatorias para los trabajadores del sexo.

Los servicios de salud en la región están obligados a proporcionar tratamiento y a mantener la confidencialidad, aunque puede haber excepciones. En Guatemala y Panamá, “[l]as personas que tienen VIH deben dar a conocer su estatus a sus contactos y a las personas que corren el riesgo de infectarse; de lo contrario, las autoridades de salud notificarán a esas personas” (PASCA, 2001).

#### **4.3.1. República Dominicana**

##### *Actitudes de los trabajadores de salud*

Un estudio que se llevó a cabo en 1994 con cirujanos reveló que 30,3% de los entrevistados experimentó ansiedad cuando trató pacientes seropositivos; otras respuestas fueron: insomnio (6,6%), taquicardia (7,6%) y migraña (7,9%). Además, 82,9% dijo que trató a esos pacientes, pero con

precauciones adicionales; 10,5% dijo que no trató pacientes seropositivos, y 6,6%, que los consideró igual que los pacientes VIH negativos (Nuñez et al., 1995).

#### **4.3.2. El Salvador**

##### *Actitudes de los trabajadores de salud*

Un documento de 1999 informa que la orientación de los pacientes VIH positivos mejoró después de que el Ministerio de Salud reconoció que “la mayor parte [de los trabajadores de salud] no sabían cómo proporcionar orientación, ni siquiera se dan cuenta de la necesidad de proporcionarla” (Calderón, 1999).

#### **4.3.3. Guatemala**

##### *Experiencias de las personas con VIH/SIDA*

En 1997, la representante Zury Ríos Montt informó a la Asamblea Nacional que la discriminación con las personas VIH positivas estaba generalizada y que incluía falta de confidencialidad en los centros de salud y los laboratorios y que médicos rehusaban a tratar pacientes con el virus (PASCA, 2001).

Evidencia anecdótica sugiere que mientras la discriminación relacionada con el VIH/SIDA en los servicios de salud ha disminuido, el estigma relacionado con los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres sigue siendo alto. Según Rubén Mayorga, Director Ejecutivo de la organización no gubernamental Oasis, es relativamente común que los hombres admitan que son VIH positivos, pero oculten el hecho que probablemente contrajeron el virus mediante las relaciones sexuales con otros hombres.

#### 4.3.4. México

##### *Experiencias de las personas con VIH/SIDA*

A comienzos de los años noventa, se informó que la mayor parte de las acusaciones de violaciones de los derechos humanos de las personas con VIH se atribuía a los trabajadores de salud (Panebianco et al., 1993)

##### *Conocimientos y actitudes de los trabajadores de salud*

Una encuesta de 204 trabajadores de salud en Ciudad Juárez indicó que, en promedio, los entrevistados respondieron correctamente a 82% de las preguntas sobre conocimientos acerca del VIH/SIDA. Ochenta y uno por ciento estaba dispuesto a prestar atención para el SIDA; 87% estaba preocupado de contraer el VIH; 72% tenía actitudes positivas o neutras hacia los homosexuales; y 44% tenía actitudes negativas hacia los consumidores de drogas inyectables (Fusilier et al., 1998).

En 1999 se realizó en Mérida un estudio de 124 médicos de familia que reveló que los médicos especialistas y los recién graduados estaban dispuestos a tener pacientes seropositivos como clientes. Trece por ciento prefería no tener ningún paciente con VIH/SIDA, de ser posible, y 33% estuvo de acuerdo con la afirmación “atender al paciente con sida es peligroso”; 10% recomendó aislamiento, y 4% prefería no tener pacientes homosexuales, al margen de si eran VIH positivos o no (Barrón Rivera et al., 2000).

#### 4.3.5. Nicaragua

##### *Conocimientos de los trabajadores de salud*

Una encuesta sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de los trabajadores de salud en Managua realizada en 2003, encontró que 41% de las enfermeras tenía grandes brechas en sus conocimientos sobre el VIH/SIDA (Sequeira Peña et al., 2003).

#### 4.4. Países del Caribe de habla inglesa

##### *Actitudes de los trabajadores de salud*

Entrevistas de 1996, en Jamaica, con enfermeras que trabajaban con pacientes con VIH/SIDA (antes del advenimiento de los tratamientos antirretrovirales) revelaron cierta solidaridad, pero más malestar y rechazo. Aparentemente, la razón era que muchos pacientes llegaban en la etapa terminal de la enfermedad desorientados e incapaces de controlar sus funciones corporales, o renuentes a hacerlo. “Algunos pacientes con el SIDA son muy problemáticos. No sé por qué a algunos de ellos, aun cuando estén orientados y sean capaces de caminar al baño, les gusta ir por el pabellón dejando excremento por el piso”. La presunta fuente de infección influía en las actitudes de muchas enfermeras. “Para mí, sentir compasión por un paciente [que tenga SIDA] depende de la manera como contrajo la enfermedad. “Podemos sentir más empatía por los niños [que tienen SIDA], o con alguien que contrajo el virus por una transfusión”. Se registró una antipatía muy intensa hacia los homosexuales. Las ideas erróneas acerca de los medios de transmisión del VIH fueron comunes y algunas enfermeras estaban conscientes de que carecían de conocimientos y de capacitación suficiente. La escasez de material protector a veces hacía que la atención y los cuidados proporcionados a los pacientes fueran insuficientes (Ramírez, 1996).

##### *Experiencias de las personas con VIH/SIDA*

Los talleres sobre el estigma y la discriminación que organizó el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) en 2002 confirmaron que el fenómeno se había generalizado y determinaron que la pobreza, las actitudes hacia las relaciones sexuales entre hombres y el abuso de sustancias eran los factores básicos fundamentales. Los trabajadores de salud informaron que trabajaban largas horas y que estaban asustados y mal preparados para tratar la enfermedad, y las personas con VIH/SIDA que estaban en establecimientos de salud se sentían sucias, avergonzadas y fatalistas. El taller también elaboró las prioridades para la acción a fin de combatir el estigma y la discriminación en varios medios sociales, incluidos los servicios de salud.