

2 El Derecho Sanitario y las políticas públicas de salud

2.1

Mujeres con VIH y SIDA y su adherencia: un análisis de la política pública desde los determinantes sociales de la salud.

Women with HIV and AIDS and its adherence: an analysis of public policy from the social determinants of health.

Catalina Méndez Ávila

Licenciada en Imagenología Diagnóstica y Terapéutica. Máster en Salud Pública. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Karina Warner Cordero

Licenciada en Trabajo Social. Máster en Salud Pública. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Resumen: El presente artículo objetiva analizar la gestión de la política pública dirigida a la atención de los determinantes sociales de la salud, que inciden en la adherencia al tratamiento antirretroviral en mujeres con VIH/SIDA de la Clínica del Hospital San Juan de Dios. Para lo anterior se planteó el siguiente problema de investigación: ¿Cómo se gestiona la política pública dirigida a la atención de los determinantes sociales de la salud, que inciden en la adherencia al tratamiento antirretroviral en mujeres con VIH-SIDA atendidas en el Hospital San Juan de Dios? La investigación fue de tipo cualitativa, y se realizaron como técnicas de investigación la revisión documental, la entrevista no estructurada y el grupo focal, aplicados a actores sociales vinculados con la política pública en VIH y mujeres seropositivas atendidas en el Hospital San Juan de Dios. El análisis se realizó desde la Teoría Fundamentada. *Resultados:* la descripción de la política pública en VIH/SIDA, el análisis de la política (las acciones y omisiones por parte de los actores sociales) y el planteamiento de lineamientos para los diferentes actores sociales que participan en la gestión de la política. *Conclusiones:* la metodología utilizada fue acertada para acercarse al problema de investigación y generó nuevas estrategias metodológicas para análisis de política pública en general. En Costa Rica se cuenta con una política en VIH, pero la misma no incluye de manera directa el abordaje de los determinantes sociales de la salud en la adherencia de las mujeres. Las brechas encontradas corresponden a un problema de gestión de los actores sociales.

Palabras claves: Política pública y neoinstitucionalismo; VIH y SIDA; adherencia; determinantes sociales de la salud; teoría de género.

Abstract: This article analyzes the management of public policies for the attention of the social determinants of health, that have an impact on the adherence to antiretroviral treatment in women with HIV/AIDS at San Juan de Dios Hospital. For the parameters pointed above, this following research question was posed: How can public policy be managed for the attention of social determinants of health that influence the adherence to antiretroviral treatment in women with HIV/AIDS treated at San Juan de Dios Hospital? It was a qualitative type research performed as technical

research: documental review, unstructured interviews and focal groups, all this applied to social actors involved in public policies for the HIV seropositive women treated at San Juan de Dios Hospital. The analysis was conducted from the theory. *Results:* description of public policy in HIV/AIDS, policy analysis (the actions and omissions of social actors), and the approach of guidelines for the different stakeholders involved in the management policy. *Conclusions:* The methodology used was the right one to approach the research problem, and generated new methodological strategies to analyze the general public policies. Costa Rica has a policy on HIV, but it does not address the social determinants of health in the adherence of women. Also, the gaps founded corresponded to a management problem of social actors.

Key words: public policy and new institutionalism; HIV and AIDS; adhesion; social determinants of health; gender theory.

1. Introducción

A nivel mundial, un número considerable de países ha presentado una disminución importante en la incidencia del VIH, mientras que, a nivel nacional, la enfermedad ha tenido un comportamiento similar al presentado por los países de África Subsahariana, reflejando serias deficiencias en temas como prevención y detección oportuna.

Esto es resultado de un conjunto de determinantes que provocan vulnerabilidad en ciertas poblaciones ante la infección del VIH, como el hambre, necesidad de trabajo, pobreza, descuido personal, necesidad de ser aceptado y pertenencia, problemas en el seno familiar y represión social, y por causas como el desconocimiento, exclusión, estigmatización e inequidades que potencian la transmisión del VIH (Ministerio de Salud, 2010), lo cual hace necesario considerar los determinantes sociales de la salud para brindar una respuesta pública a esta situación de salud.

Uno del ellos, muy significativo en el tema de VIH, se refiere a la condición de género y su relación ante la enfermedad, al ser la población femenina un grupo altamente sensible a la infección por VIH, esto por las inequidades relacionadas con condición de ser mujeres, como la distribución injusta de los beneficios, el poder, los recursos materiales y las responsabilidades, lo que impide la generación de oportunidades equitativas para los hombres y las mujeres. (ONUSIDA, 2012).

La situación epidemiológica en Centroamérica, de 1984 al 2004, muestra una mayor incidencia en personas con orientación sexual heterosexual, población que incluye a las mujeres. Cerca del 70% de la población infectada con el virus son

hombres y mujeres con prácticas sexuales heterosexuales, rompiendo el mito del riesgo predominante en el grupo de hombres que tienen sexo con hombres, y retando a la salud pública a considerar nuevas poblaciones que enfrentan vulnerabilidad ante el VIH/SIDA, y establecer nuevas estrategias para afrontarlas (OPS, 2005).

En el caso particular de Costa Rica, según el Ministerio de Salud (2014), a partir del año 2002 la tendencia del VIH ha sido ascendente, exceptuando los años 2008 y 2009, los nuevos casos de infección por VIH se presentan básicamente en el sexo masculino (79,4%) siendo la razón hombre/mujer para el periodo 2002-2012 3,8:1.

En los últimos años, con el incremento del número de mujeres infectadas por este virus (situación coincidente en Costa Rica) se ha determinado que la mayoría de ellas han sido contagiadas por su pareja de confianza. Según datos del Ministerio de Salud, hasta el 2013, se tenía un registro de 6.606 personas con esta enfermedad en el país, del total de los casos nuevos un 20,6% representa a la población femenina (Ministerio de Salud, 2014).

Este aumento en el número de casos se debe a factores relacionados con la vulnerabilidad de género, como la escasa educación respecto de esta enfermedad, así la falta de control y autonomía sobre el ejercicio de su propia sexualidad, al no tener la posibilidad de negociar el uso del preservativo, o de negarse a tener relaciones sexuales, entre otros (ONUSIDA, 2012).

La salud de las personas con VIH/SIDA está íntimamente vinculada con el acceso y la adherencia al tratamiento antirretroviral, aumentando su expectativa y calidad de vida. Esta adherencia, desde su aprehensión integral, se vincula según Güell (2002), mayoritariamente con aspectos sociales, más que personales o educativos (que ha sido el enfoque dominante), en donde los determinantes sociales de la salud definen la oportunidad de las personas para gozar de una buena condición.

Enlazado a lo anterior, la adherencia al tratamiento contra el VIH/SIDA debe considerar el abordaje de los determinantes sociales, lo que implica que los actores sociales involucrados en el tema del VIH/SIDA reconozcan la influencia de los mismos en la salud de las mujeres con esta condición.

En Costa Rica, el tratamiento antirretroviral es de acceso a la persona asegurada desde diciembre de 1997 (gracias a la presión social de los grupos

organizados de personas con VIH/SIDA) y, desde entonces, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), a través de sus equipos multidisciplinarios, otorga la atención en salud, girando en torno a la terapia medicamentosa de las personas que viven con VIH/SIDA (Vargas & Boza, 2012).

De acuerdo al modelo de la producción social de la salud debería considerar los factores sociales que inciden en el bienestar de la población seropositiva. Uno de esos factores es la condición de género, donde las mujeres se enfrentan a múltiples situaciones que vulneran su salud y su bienestar.

Ante esta situación, los actores sociales involucrados en la atención de la salud de la población con VIH, y en especial la de las mujeres, se encuentran ante la demanda de revisar el enfoque con el cual se brinda dicha atención, procurando generar condiciones para la adherencia de las mujeres.

Lo anterior, debido a que la no adherencia al tratamiento implica serias repercusiones en términos de la calidad y expectativa de vida de este grupo poblacional, al deteriorarse su condición de salud y disminuir considerablemente su esperanza de vida. Asimismo el abandono del tratamiento también constituye un problema significativo en términos de la salud pública, pues genera una alta posibilidad de aumento de nuevas infecciones, así como la generación de cepas resistentes del virus que se pueden propagar en la población en general, lo que impulsa a la necesidad de realizar esta investigación en este tema.

Por lo tanto, los esfuerzos de los actores sociales deben orientarse para procurar acciones dirigidas al abordaje multi e interdisciplinario de las mujeres seropositivas y los determinantes sociales de la salud que inciden en su adherencia, ideando, ejecutando y evaluando acciones acertadas que respondan a esta realidad.

Para las mujeres en particular, se requiere la integración de la teoría de género como un elemento orientador de las acciones que promuevan la equidad, tal y como lo establece el Plan Estratégico Nacional (PEN) actual (Ministerio de Salud, 2010), que integra el enfoque de género como un eje orientador de las acciones que deben realizar los actores sociales para la atención.

Este lineamiento plantea inicialmente que se incorpore dentro de las acciones para la respuesta al VIH el enfoque de equidad, que se deriva del principio de universalidad de los derechos humanos, así como el enfoque de género, el cual pretende fomentar la equidad social, al reconocer las diferencias que existen entre los

hombres y las mujeres, promoviendo intervenciones de acuerdo con las particularidades y necesidades de los géneros (Ministerio de Salud, 2010).

Lo anteriormente señalado remite a la importancia de llevar a cabo un análisis de la gestión de esta política pública para identificar tanto las acciones como las omisiones que de los actores sociales en la atención del VIH, especialmente los determinantes sociales de la salud y su relación con la adherencia en mujeres con VIH.

Este proceso se logra a través del análisis de las responsabilidades, acciones y omisiones de los actores sociales involucrados en la atención del VIH, tanto los de orden público, así como las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil en general.

Por lo anterior, a manera de síntesis se puede indicar que la importancia de esta investigación descansa en los siguientes aspectos:

- El tema del VIH/SIDA es de importancia mundial y nacional, por su carácter de pandemia, y su particularidad social, en donde los determinantes sociales de la salud juegan un papel definitorio en la calidad de vida de estas personas.
- El VIH/SIDA es una enfermedad crónica, y la persona puede gozar de una buena calidad de vida, siempre y cuando tenga acceso a los medicamentos, pero sobre todo con una buena adherencia al tratamiento.
- Esta adherencia depende mayoritariamente de factores externos a la persona, es decir, los determinantes sociales de la salud, los cuales requieren ser abordados por los actores sociales que se involucran en la atención de esta población.
- La importancia del fortalecimiento de la adherencia terapéutica se considera la mejor inversión para abordar las enfermedades crónicas, por lo que la eliminación de las barreras a la adherencia terapéutica debe convertirse en un componente central para mejorar la salud de la población en general.
- En las mujeres, la vulnerabilidad social es mayor, y la adherencia se ve amenazada por estas condiciones sociales; por lo que es fundamental para la protección de sus derechos, el determinar de qué manera se considera en la política las especificidades en su atención, así como analizar las acciones y omisiones por parte de los actores sociales responsables, esto a través del análisis de la política pública.

- No se conoce actualmente estudios que vinculen los determinantes sociales de la salud con la adherencia al tratamiento con antirretrovirales en la población femenina, por lo tanto, esta investigación se constituirá un aporte significativo en las políticas públicas relacionadas con la salud de las mujeres con VIH/SIDA.

- Los resultados de la investigación resultan importantes el sistema de salud, contribuyendo al goce de la calidad de vida de su población, así como a la disminución de gastos en salud relativos que se general por los problemas que conlleva una mala adherencia al tratamiento, como nuevos contagios, infecciones asociadas al SIDA, hospitalizaciones, compra de medicamentos, entre otros.

- En términos de salud pública es fundamental la atención de la adherencia en mujeres con VIH, pues ellas no solamente son un grupo vulnerable ante el VIH, sino que también puede facilitar la propagación de la enfermedad.

- Esta investigación aporta elementos teóricos y recomendativos para que los tomadores de decisiones puedan reflexionar y mejorarla gestión de la política pública para llevar a cabo acciones siempre tendientes a mejorar las condiciones de vida de las personas con VIH y la adherencia en mujeres con este diagnóstico.

2. Métodos

Las categorías teóricas de investigación que se derivaron del problema de investigación fueron:

- *Descripción de la política pública:* en la misma se consideró la contextualización legal y normativa de la política, la conformación de la misma, los actores sociales involucrados (red de actores y coordinación), así como las funciones y responsabilidades.

- *Salud y condiciones de vida:* tomando en cuenta la aprehensión de salud de las usuarias y los diferentes actores sociales, las estrategias para la atención integral y la atención de las condiciones de vida.

- *Salud y género:* haciendo referencia a las condiciones de vida específicas de las mujeres, así como la atención en salud y perspectiva de género existente.

- *Servicios de salud:* abarcando lo referente a los recursos materiales y humanos, la organización de los mismos y el acceso que se tenga a ellos.

- *Adherencia desde la construcción social de la salud:* comprendiendo la aprehensión existente de la adherencia y la atención de la adherencia de las mujeres.
- *Nudos en la gestión de la política pública:* integrando los nudos del diseño y gestión de la política pública y actores sociales, los relacionados con la atención de las condiciones de vida de las mujeres, así como aquellos vinculados con la prestación de servicios de salud.

Para analizar la gestión de la política que se relaciona con la atención de los determinantes sociales de la salud que inciden en la adherencia al tratamiento en las mujeres portadoras de VIH, se consideraron las cualidades, acciones y omisiones de los actores sociales que ejecutan la política, lo cual se logró a través de la metodología cualitativa de la investigación.

Para ello se partió de la utilización de la Teoría Fundamentada y, por medio de sus herramientas, se trascendió la descripción de los hallazgos, para lograr la interpretación y análisis de la información llevando la investigación a ser de corte analítico.

Para la persecución de los objetivos, se utilizaron como técnicas de investigación:

- Revisión documental de la Política Nacional de VIH-SIDA, La Ley General de VIH-SIDA, el Reglamento de la Ley General de VIH-SIDA, el Plan Estratégico Nacional de VIH-SIDA 2011-2015 y las diferentes guías y protocolos utilizadas por los actores sociales para su gestión.
- Entrevista no estructurada a expertos (as) del CONASIDA, ONG, Clínica de VIH del Hospital San Juan de Dios y a mujeres con VIH SIDA atendidas en dicha clínica.
- Grupo focal: realizado con un grupo de mujeres usuarias de la Clínica de VIH del Hospital San Juan de Dios.

Para el análisis de la información se utilizó el método planteado por la Teoría Fundamentada, usando como instrumento de análisis el *software* Atlas ti, con el cual se organizaron y codificaron los datos, para su posterior análisis.

3. Resultados

La política pública en VIH contiene, en los diferentes documentos que la integran, una serie de mandatos, normas y reglamentaciones con la pretensión que

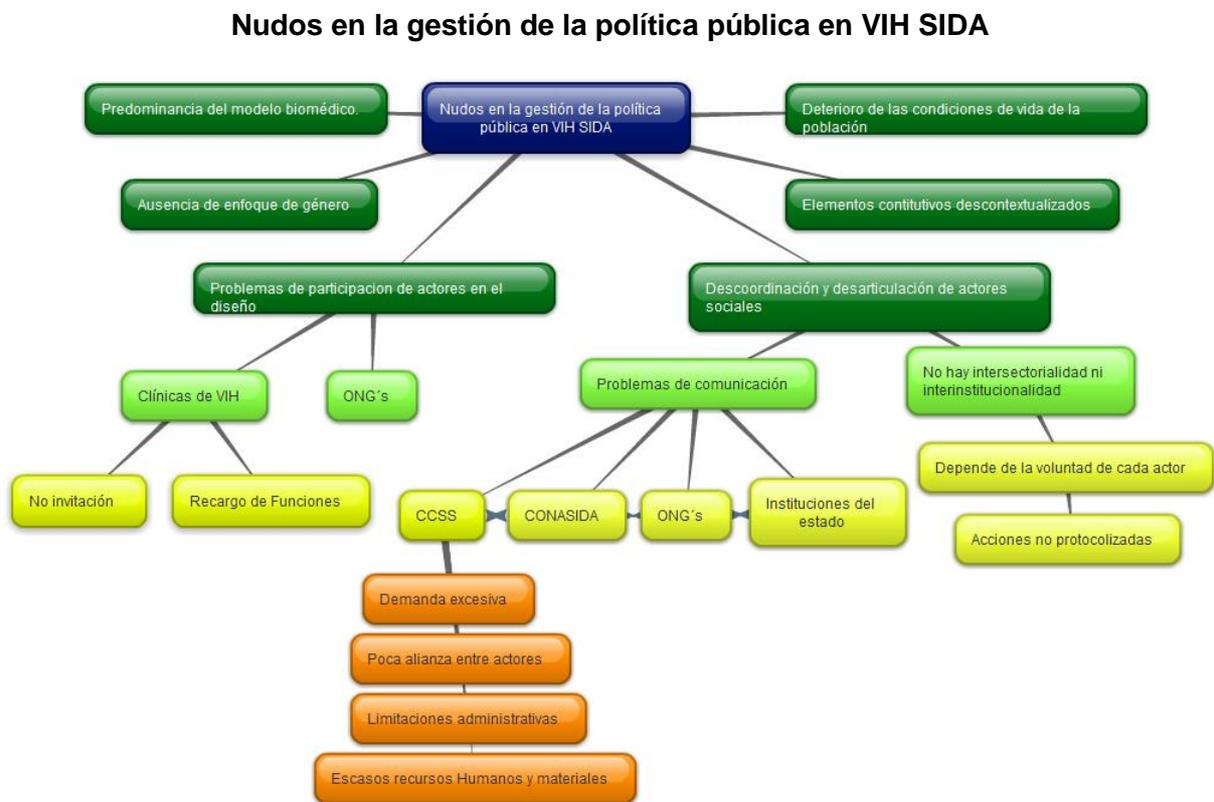
sean ejecutadas por los diferentes actores sociales involucrados, tanto públicos como privados (Ministerio de Salud, 2007).

No obstante, como es común en los análisis de las políticas públicas, es posible múltiples brechas en su gestión, es decir, discordancias entre lo descrito en la política y lo ejecutado por parte de los actores sociales (Abramovich, 2006).

En este análisis se encontraron brechas relacionadas con el diseño de la política pública y los actores sociales involucrados, nudos que se asocian con la atención de las condiciones de vida de las mujeres con VIH y finalmente aquellos elementos que constituyen limitaciones en la atención de la adherencia de esta población.

a. Nudos del diseño y gestión de la política pública y actores sociales:

El análisis de la gestión de la política pública en VIH SIDA permitió la identificación de algunas brechas relacionadas con su diseño que se grafican de la siguiente manera:



Fuente: Elaboración propia

En primera instancia, se encontró que algunos de sus elementos constitutivos se elaboraron hace varios años en un momento histórico diferente al actual, generando una brecha contextual significativa.

Ejemplo de ello, es que la Ley General sobre VIH/SIDA señala como prioridad la atención de algunas poblaciones que no constituyen grupos vulnerables actualmente, y excluye a otros que sí enfrentan actualmente condiciones de vulnerabilidad ante la enfermedad, como las mujeres.

Sin embargo, es importante reconocer que dicha Ley con su Reglamento se convirtió en un precedente muy importante para la protección de la vida y la salud de las personas con VIH, pues integró en su composición tres elementos fundamentales para el respeto a la dignidad humana: la autonomía de la voluntad, el derecho a la confidencialidad y a la no discriminación, y el derecho a la salud (establecido a través del acceso a los servicios de salud y el tratamiento antirretroviral).

En síntesis, la Ley y el Reglamento presentan, como primer elemento constitutivo de la política pública, acciones y responsabilidades que sentaron un precedente significativo importante para el diseño de la política pública en el tema.

Continuando con el análisis del diseño de la política, a través de la consulta a diferentes actores sociales, se encontró que aquellas omisiones se debieron a la escasa o nula participación de los actores sociales en dicho proceso. Esto generó además de la exclusión de los espacios de toma de decisiones desde el proceso de diseño, la invisibilización de los intereses, demandas y necesidades de la población con VIH/SIDA.

Al tener escasa participación de las organizaciones de la sociedad civil y profesionales de las Clínicas de VIH de la CCSS, que representan a la población directamente beneficiaria de la política pública, evidencia un modelo de formación de política *top down* tradicional, tal y como lo señala Meny & Thoenig (1992), lo que debilita la articulación de las acciones hacia la población directa afectada por el VIH.

Esto generó no solamente la ausencia de los aportes que estos actores sociales pudieran colocar desde su experiencia, sino también los problemas de comunicación entre actores públicos y privados, al no establecerse canales para su interacción ni alianzas estratégicas entre éstos.

Esta brecha es de suma importancia pues la comunicación es un elemento clave para que los actores sociales interaccionen y coordinen entre sí para lograr el

cumplimiento de sus responsabilidades, generando una política desfragmentada que limita su alcance para la población beneficiaria.

Lo descrito anteriormente hace referencia a una de las críticas que comúnmente se le hace a las políticas públicas, como lo señala Abramovich (2006), que se refiere a su proceso de diseño, donde no se integran todos los actores sociales necesarios, o bien, la participación en su definición no es la más adecuada, y/o que las políticas públicas con el paso del tiempo, llegan a estar descontextualizadas.

Este elemento conduce a la revisión de CONASIDA como ente encargado, entre otras funciones, de la coordinación entre actores sociales para la gestión de la política pública, identificándose serias limitaciones en su accionar en relación con esta tarea, así como el establecimiento de lineamientos y políticas públicas relacionadas con la atención del VIH/SIDA.

Otro hallazgo de fundamental importancia en el tema reside en las debilidades de comunicación entre las personas miembros de CONASIDA que representan los diferentes intereses públicos y privados y las personas que trabajan en dichas organizaciones e instituciones; sustentado en el hecho que se encontró que la comunicación no es fluida, que se desconocen los lineamientos, directrices y acuerdos tomados en el seno de CONASIDA y que, por lo tanto, no se realizan.

Esto tiene un efecto negativo en la retroalimentación que podrían generar los actores sociales que trabajan directamente en el tema del VIH (como las organizaciones no gubernamentales y las Clínicas de VIH) para el fortalecimiento del trabajo de CONASIDA.

Se puede asegurar que dicho divorcio entre las personas miembros de CONASIDA con las personas que trabajan en las organizaciones representadas constituye una brecha que impide el máximo aprovechamiento del trabajo de ambos, debido a que las directrices de CONASIDA no tienen reflejo en responsabilidades y tareas de las instituciones.

En este respecto, los actores sociales coinciden en una predominancia de un modelo donde los mismos actores no se encuentran organizados ni articulados, por lo que el abordaje de la epidemia no logra ser realmente intersectorial, aislándose los actores entre sí, en lugar de aliarse para lograr un mayor alcance e impacto de sus

acciones, con un uso más eficiente de los recursos existentes, los cuales ya son de por sí escasos.

Además, esta descoordinación y desarticulación incide negativamente en la gestión de la política pública al no desarrollarse programas y proyectos que, según la política pública, deberían implementarse; o bien los mismos actores, al desconocer su existencia, no pueden (ni ellos ni la población beneficiaria) acceder a ellos. Ejemplo de ello son las capacitaciones para los miembros de las Clínicas de la CCSS, los programas de mitigación del impacto, y los proyectos de prevención de la enfermedad y promoción de la salud que establece la política pública, pero que no se logran.

Esto hace referencia a este hallazgo relacionado con el poco acceso de la población con VIH a programas que según indica la política deben existir, debido a que se desconoce de su funcionamiento, o bien, el mecanismo de acceso a dichos beneficios (como, por ejemplo, programas de capacitación, de oportunidades laborales, entre otras).

En este mismo orden de ideas, otro factor encontrado como limitante refiere a una posible falta de voluntad política de los actores en un nivel alto en relación al tema de VIH, principalmente de aquellos con mayor capacidad de toma de decisiones, lo cual es una condición imprescindible para la adecuada gestión de cualquier política, especialmente una que aborda un tema tan sensible como el VIH.

Ahora bien, esta presunta falta de voluntad política se asocia con el juego de poder que se teje dentro de las instituciones, que conforma el marco institucional en donde se mueven los actores sociales, reconociendo, desde el enfoque neoinstitucionalista, que la toma de decisiones queda supeditada a las normas que conforman dicho marco como parte de una estructura que trasciende la propia capacidad de los actores sociales (Andrade, 2011).

Es así como se hace evidente una falla fundamental de base, que se ve reflejada en su puesta en marcha, donde las decisiones que se toman en materia de VIH no solo dependen de los miembros de CONASIDA, si no del apoyo político por parte de las autoridades, por lo que aunque la Ley, el Reglamento, el PEN y la Política Nacional establezcan como mandato para este Consejo el proponer directrices en materia de VIH, éstas dependerán de la del marco institucional donde se encuentran inmersos de quienes ejercen mayor poder, por lo que su autonomía es relativa.

Esto se relaciona con algunas limitantes señaladas por los diversos actores sociales como la apatía, la negligencia, el desinterés y la falta de voluntad, que a su vez se vinculan con la poca prioridad que representa el VIH en Costa Rica.

Otro determinante negativo en la gestión de CONASIDA reside en la capacidad de los miembros que participan en las sesiones de tomar decisiones que comprometan a las instituciones que representan, debido a que se planteó que los miembros que asisten a CONASIDA no son las personas nombradas formalmente; sino que envían a personas suplentes a participar de las sesiones que no tienen capacidad de tomar decisiones, asumiendo un rol en extremo pasivo y carente de poder político, lo que en definitiva limita una de sus funciones más importantes: la formulación de directrices sobre el manejo de la epidemia, quedando como un ente más político y menos técnico.

Sobre la base de las consideraciones anteriores, se concluye que el CONASIDA como ente rector en materia de VIH en Costa Rica ha enfrentado (y al mismo tiempo ha permitido y fomentado) una serie de condiciones que ha impedido llevar a cabalidad su gestión, y que por el contrario limitan su mandato establecido en la política pública.

Estos nudos se pueden asociar con diferentes elementos, y su determinación requeriría un análisis con mayor profundidad (lo cual constituye una recomendación de esta investigación). Sin embargo, se infiere que los mismos se relacionan con problemas de autoridad de sus miembros, limitación en la toma de decisiones, poca voluntad política y poca priorización VIH en el ámbito de la salud pública.

Además de las brechas relacionadas con la gestión de CONASIDA como ente rector, también se identificaron algunos nudos en la ejecución de lo establecido en la política pública para la atención del VIH.

En primera instancia, se resaltó el serio problema que existe en las coordinaciones entre actores (en su cotidiano accionar), que limita la atención de las personas con VIH. A pesar que en la política pública se sugiere la interinstitucionalidad y la intersectorialidad como herramienta fundamental para generar la atención integral en salud (Ministerio de Salud, 2010), se concluye que ésta es limitada o casi inexistente.

Esto porque mediante la revisión de las acciones de los actores (y como principal objeto de análisis la Clínica de VIH del Hospital San Juan de Dios) se

encontró que la posibilidad de integrar a diferentes sectores e instituciones para la atención de la salud de las personas dependen de la voluntad de quien o quienes brinden el servicio, ya que éstas no están normadas o protocolizadas como parte de la atención integral que se le debe ofrecer a las personas, generando inequidad y transgresión de derechos.

Se considera que esta omisión se asocia con la aprehensión de la salud desde un enfoque médico integral aún predominante, que incide en cómo se gestiona la política pública, específicamente en la manera en que se prestan los servicios, donde no se ha logrado una verdadera atención integral.

Es así como existe una discordancia entre lo indicado en la política y su implementación en cuanto a la garantía del acceso a la atención integral en VIH-SIDA, por lo que dicho elemento permanece limitado y en ocasiones, ausente.

Continuando con el análisis de los nudos en la gestión de la política pública, se encontraron aquellos vinculados con la atención de las condiciones de vida de las mujeres con VIH.

b. Nudos relacionados con la atención de las condiciones de vida de las mujeres

Las condiciones de vida de las personas con VIH (y en el caso particular de las mujeres) como expresiones de algunos determinantes sociales de la salud, representan elementos críticos en la adherencia, y por ende, en la salud de esta población, tal y como lo señaló el estudio sobre la Caracterización de las condiciones de vida de las mujeres con VIH SIDA en Costa Rica (ONUSIDA, 2012).

Es por ello que resultó necesario considerar las estrategias que diseñan los actores sociales para su atención, en procura de contribuir a mejorar las condiciones de vida de las personas portadoras del virus.

Inicialmente, la gestión de la CCSS como actor fundamental en el tema VIH (al ser el prestador público de servicios en salud) evidenció debilidades importantes en relación con sus responsabilidades dentro de la política pública.

En su descripción se señalan acciones y responsabilidades que tiene ante la población portadora del VIH, especialmente en lo que refiere a la atención de la salud integral, traducida en acciones como la conformación de equipo multidisciplinarios capacitados para la atención de las personas afectadas, el acceso al tratamiento

antirretroviral, la oportunidad con que se debe contar con la prueba serológica para el VIH, entre otras (Ministerio de Salud, 2010).

Estos mandatos se ven limitados por diversos factores, como por ejemplo las condiciones administrativas y políticas vinculantes de los servicios de salud que determinan el acceso de la población, como por ejemplo el contar con un seguro social para obtener dicho derecho.

En este punto, se evidencia un nudo significativo en relación con la población en condición migratoria irregular, a la cual se le dificulta el acceso a opciones de aseguramiento (por la manera en que está establecida la normativa actual en el tema y la política pública nacional en el tema de migración).

Esto es un ejemplo claro de la contradicción entre el derecho de las personas con VIH a recibir atención (y la obligatoriedad de los servicios de salud de hacerlo) y la realidad social de esta población.

Otro ejemplo que evidencia esta brecha es el derecho que les asiste a las mujeres portadoras del virus embarazadas de recibir atención, pues en caso de no contar con seguro social se realiza la atención mediante un seguro por el Estado. Sin embargo, una vez finalizado el periodo de gestación, este derecho ya no les asiste, dejando en desprotección su salud.

Esto es un nudo importante en lo que refiere al derecho a la salud establecido explícitamente en la Política Nacional sobre VIH-sida (Ministerio de Salud, 2007), pues debido a las condiciones de vida de las mujeres, muchas de ellas dependen de la posibilidad que sus parejas les aseguren por la condición de desempleo o empleo doméstico que enfrentan.

Los dos ejemplos anterior evidencian la brecha existente entre el derecho a la salud que deben ofrecer los servicios de la CCSS y las condiciones que limitan dicho acceso, negando la presencia de los determinantes sociales de la salud en la población, especialmente en este grupo tan vulnerable; agravado por el hecho que no existe en la política acciones tendientes a disminuir esta brecha.

En relación con este tema, se debe mencionar que la Política Nacional sobre VIH-sida (Ministerio de Salud, 2007) incorpora el enfoque de género como un pilar para su formulación y posterior ejecución, sin embargo, no existe claramente un posicionamiento que conlleve a la ejecución de acciones tendientes a disminuir la brecha de género (y sus implicaciones en salud).

Por ejemplo, un elemento fundamental es la violencia estructural, física, social, y/o psicológica que enfrentan las mujeres, la cual fue una de las categorías que emergió con mucha fuerza durante los resultados de la investigación, y se demostró que no existe dentro de la política acciones concretas para su abordaje, ni siquiera en los protocolos institucionales. Esto aumenta la disparidad de género al presentarse como una debilidad muy significativa en la manera en que se prestan los servicios para las mujeres en VIH.

Asimismo, relacionado con la exposición a la violencia estructural y su vinculación con la vulnerabilidad de género, se presenta el tema de la pobreza de la población femenina con VIH y las acciones a desarrollar para atender su impacto, las cuales aunque se nombran dentro de la política, no se acompañan de acciones específicas para su adecuada atención, agravado por la desarticulación de los de servicios sociales a nivel intersectorial.

Esto, a su vez, señala la ausencia del enfoque real de género, pues dicho posicionamiento no solamente permite visibilizar y denunciar aquellas prácticas desiguales que desfavorecen mayoritariamente a las mujeres, sino que trasciende la dimensión política pues, según Lagarde (1996), ésta contiene recursos para demostrar las conexiones entre el atraso en el desarrollo, la miseria y las injusticias, de acuerdo con el orden social dominante, lo cual es imprescindible para un análisis de política pública como la aquí presentada.

c. *Nudos relacionados con la prestación de servicios en salud:*

Otro nudo relacionado con la prestación de servicios de la CCSS se asocia al tipo y calidad de los mismos, los cuales son brindados por las diferentes Clínicas de VIH de la institución.

Se evidenció que las personas con VIH reciben atención diferenciada dependiendo del centro de salud que provea los servicios, el acceso a éstos y la manera en que se organizan para responder a su responsabilidad.

Lo anterior se genera por el hecho que las acciones no están protocolizadas y la atención depende de la voluntad de cada actor (específicamente los y las profesionales en salud), lo cual conlleva a una inequidad para la población.

Lo anterior es una brecha significativa en la atención del VIH en Costa Rica, debido a que el cumplimiento de los mandatos, compromisos y elementos orientadores para los actores sociales dependen, de la voluntad de las personas que

se encuentren realizando su trabajo dentro de los servicios de salud; y/o bien, del marco institucional donde se mueven que dicta las reglas para su cumplimiento u omisión.

Con respecto a la propia gestión de la Clínica de VIH del Hospital San Juan de Dios, se encontraron limitaciones que se asocian con diferentes causas, como por ejemplo: la excesiva demanda por parte de la población versus los recursos humanos y materiales limitados para responder a dicha demanda, restringiendo el acceso a la atención oportuna, el desarrollo de programas y proyectos y actividades de promoción y prevención primaria, lo que provoca un detrimento en la atención que se está brindando.

Es importante señalar que la política pública menciona diferentes acciones respecto al condón tanto para hombres como para mujeres (Ministerio de Salud, 2010), sin embargo, no se hace mención al acceso al condón femenino en ninguna parte de la política, y su distribución tampoco es una acción que se desarrolla dentro de las clínicas de la CCSS.

Esto responde a vacíos relacionados con el abordaje de la sexualidad desde una perspectiva integral, agravado por la no atención de las mujeres desde la perspectiva de género, lo cual es un problema social tan enraizado en la cultura y la sociedad se naturaliza; tal y como la plantea Lagarde (1996), que indica que otras visiones dominantes en nuestra cultura consideran que las diferencias entre mujeres y hombres son naturales y por lo tanto son enfoques que minimizan no sólo las diferencias de vida y de ser entre mujeres y hombres, además no reconocen las relaciones de desigualdad y la inequidad vital entre ambos géneros como producto del orden social.

Otra limitante refiere a la infraestructura donde se desempeña este equipo de trabajo, pues se evidenciaron serias limitaciones de espacio y condiciones inadecuadas para ofrecer una adecuada la atención en salud a los y las usuarias.

Esto fue secundado por algunos actores de las organizaciones no gubernamentales y mujeres participantes, que también reconocen y señalan las limitaciones de infraestructura que enfrenta esta Clínica, y que generan la violación a la confidencialidad de las usuarias, al no contar con el espacio adecuado para su debida atención que comparte buena parte del hospital.

Lo anterior resalta una incongruencia entre los retos mencionados en el PEN (Ministerio de salud , 2010) en cuanto a la dotación de recurso para el fortalecimiento y sostenibilidad de las Clínicas de VIH para una atención efectiva y eficiente acorde con las necesidades de la población y la realidad a la cual se enfrentan dichas Clínicas, incumpliendo el mandato referente al fortalecimiento de los servicios de atención multidisciplinarios de los centros de atención integral de VIH a través de procesos de educación, sensibilización, desconcentración y dotación de recurso técnico y financiero.

Sin embargo, la Clínica del Hospital San Juan de Dios también ha generado por su propia cuenta, limitaciones para el cumplimiento de sus responsabilidades, como lo es la oposición al trabajo de pares y las visitas domiciliarias en conjunto con las organizaciones no gubernamentales.

Esta barrera responde a la falta de articulación entre estos actores, que se genera en una percepción distorsionada que tienen unos de otros, limitando el trabajo en conjunto y articulado, que redundan en perjuicio de la población con VIH.

En relación con los nudos en la gestión de la política relacionados con las organizaciones no gubernamentales, se concluyó que algunos elementos limitan significativamente el cumplimiento de sus mandatos, principalmente la ausencia de recursos económicos que les permita realizar sus actividades, como la asistencia, la capacitación y la educación a la sociedad en general.

d. *Nudos vinculados con la atención de la adherencia en mujeres con VIH*

Finalmente, como categoría fundamental en la gestión de la política pública referente a la atención de la salud de las mujeres, se encuentra la categoría de la adherencia.

En este sentido, se encontró que existe limitaciones que se asocian directamente con la provisión del tratamiento antirretroviral, y el abordaje y seguimiento que se realiza para fortalecer la adherencia en las personas con VIH; como por ejemplo, los periodos en que se ha dado un desabastecimiento del medicamento antirretroviral, o como se mencionó previamente, el no aseguramiento que impide el acceso al tratamiento.

Esto remite a las débiles estrategias de la CCSS para garantizar el acceso sostenido a la medicación, incumpliendo el mando claramente establecido en la Ley 7771, su Reglamento, el PEN y la Política Nacional en VIH. Sin embargo, en este

punto, es meritorio reconocer cómo la Clínica del San Juan ha realizado acciones de contención que han evitado el que las personas descontinúen su tratamiento, como el fraccionamiento de la medicación.

En el caso particular de las condiciones que inciden en la adherencia de las mujeres con VIH, se encontraron aquellas que se relacionan con sus condiciones de vida (pobreza, desempleo, baja escolaridad, dependencia económica de sus parejas, los roles tradicionales que obstaculizan el autocuidado de su salud) y la ausencia de compromisos, acciones y responsabilidades por parte de todos los actores sociales para su atención, distanciándose nuevamente del enfoque de la producción social de la salud.

En síntesis, después de este análisis, se encuentra que los diferentes actores sociales se distancian de sus mandatos y responsabilidades generando nudos en gestión de la política pública.

Estos nudos en la gestión se pueden asociar con varias razones. Inicialmente se considera como hallazgo de esta investigación, que en Costa Rica no se ha logrado comprender el tema de VIH como un problema de salud pública, esto porque en sus más de 30 años de existencia no se han logrado planes y proyectos que permitan su control epidemiológico; y por el contrario la incidencia en VIH en el país continúa en aumento (contrario al perfil mundial).

Esto demuestra que las acciones han sido insuficientes, probablemente por una política pública que ha sido fragmentada y focalizada, y en donde los actores sociales no han cumplido con sus mandatos a cabalidad.

Otro elemento que limita la gestión de la política es que, gracias al acceso y eficacia de los tratamientos antirretrovirales, existe socialmente la falsa percepción que la epidemia está controlada, lo que implica que el tema no sea visto como una prioridad en salud pública, y que no se realicen acciones de prevención.

Asimismo el imaginario social distorsionado que acompañó la génesis de la enfermedad permanece aún en las diferentes esferas sociales (incluso en aquellas en donde se toman decisiones); pues se reproducen conductas estigmatizantes y segregadoras sobre la población con VIH, que repercute en la desprotección de sus derechos.

Finalmente, y no por ello menos importante, desde un análisis desde el neoinstitucionalismo, se concluye que los nudos relacionados con la atención de la

adherencia de las mujeres se asocia no solo con la omisión encontrada en la política pública en relación al tema, sino también con el marco institucional donde se desarrollan los actores sociales, que limitan su autonomía en las acciones que pudieran ejecutar para fortalecer la adherencia de las mujeres con VIH.

4. Conclusiones

En relación con la descripción de la política pública vinculada a la atención de los determinantes sociales de la salud que inciden en la adherencia de la población femenina con VIH en Costa Rica, se encontró que la misma está constituida por diversos documentos (leyes, reglamentos, normas, planes estratégicos, protocolos), que pretenden orientar las acciones de los actores públicos y privados en la atención del VIH en Costa Rica.

Se determinó que el diseño de esta política ha sido desarrollada no como un producto, sino como un proceso, que ha respondido a las demandas de la población, del contexto y de los momentos históricos, así como la voluntad y capacidades de las instituciones públicas y los actores de la sociedad civil para atender las necesidades de atención del VIH SIDA.

Esta característica de proceso permite una flexibilidad en su diseño, revisión y reelaboración constante (la cual aún permanece mediante los procesos de evaluación y rediseño de los planes y protocolos de los diferentes actores sociales y de la propia política pública), lo cual facilita la incorporación de cambios para mejorar la gestión de los actores sociales.

Como fortaleza de la política se encontró el marco institucional en que se diseña y gestan las acciones, pues Costa Rica cuenta con un sistema nacional de salud que provee las condiciones necesarias para que los actores sociales realicen sus aportes de acuerdo con sus mandatos y capacidades.

Es así como esta institucionalidad facilita la protección de los derechos señalados en la política pública que se relacionan con la atención en salud, la provisión de tratamiento antirretroviral, el acceso a bienes y servicios para mejorar la calidad de vida la población, las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, entre otros.

Se concluyó que la política pública en materia de VIH para Costa Rica intenta trascender la visión biologicista de la salud, y procura guiar acciones orientadas hacia

su abordaje entendiéndola como el resultado de la interacción de elementos sociales, económicos, políticos y culturales que inciden la vida de las personas; sin embargo, en la gestión se requiere que cada uno de los actores sociales asuma este posicionamiento, y que éste se refleje en sus tareas.

Cada uno de estos actores comparte responsabilidades en el abordaje del VIH y sus manifestaciones, así como de aquellos determinantes sociales que inciden en la salud de la población. Este enfoque de intersectorialidad es un elemento clave en la comprensión y atención de la salud desde la perspectiva integral, pues solo articulando esfuerzos de los diferentes actores sociales se logra este cometido.

Es en esta complejidad que se tejen las relaciones, interacciones, decisiones, mandatos y responsabilidades de los actores sociales que se pretenden de acuerdo a sus capacidades en recursos materiales y humanos, para generar una respuesta ante el VIH SIDA.

Se concluyó que, en materia de VIH/SIDA, la política pública se circunscribe en el marco de los derechos humanos, al reconocer que se encuentran explícitos los derechos del grupo de personas afectadas por la enfermedad tales como el acceso y cobertura universal, las estrategias para eliminar la discriminación y exclusión generada por la misma enfermedad y sus determinantes sociales de la salud.

Asimismo, pretende garantizar, por medio de los lineamientos establecidos, la participación de toda la población para la atención, promoción de los derechos y especialmente busca el resguardo de la protección de la vida humana y su dignidad, en especial protección para la población portadora del VIH que ha sido vulnerabilizada desde la génesis de la enfermedad.

En un plano más específico, en el análisis para determinar cómo desde el diseño de la política pública se establecen mandatos y responsabilidades orientados a la atención de aquellos determinantes sociales de la salud que inciden en la adherencia de las personas con VIH, se concluye que aunque existen acciones que se relacionan indirectamente, no es un elemento explícitamente enunciado en la política y, por lo tanto, genera una omisión fundamental en la atención de la adherencia de las personas con VIH.

Es decir, a pesar del establecimiento de todas aquellas acciones orientadas la protección de los derechos de población de las personas con VIH (siendo el principal el acceso a la salud y al tratamiento ARV), la mitigación del impacto del VIH en la vida

de las personas (no solo desde la perspectiva clínica, sino también de aquellos determinantes sociales) y las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad tienen, como meta común, procurar contextos sociales, económicos, políticos y culturales que permitan a las personas seropositivas contar con condiciones que fortalezcan su adherencia al tratamiento ARV. Sin embargo, se requieren acciones que refuercen de manera más concreta el fortalecimiento de la adherencia para las personas con VIH, especialmente las mujeres que viven con VIH.

De esta manera, posterior al proceso de descripción de la política, se concluyó que existe un marco suficiente y adecuado para brindar eventualmente atención integral a la población con VIH, esto a través de las acciones y mandatos de los actores públicos, privados y organizaciones de la sociedad civil que representan los diversos sectores sociales.

No obstante, un análisis desde la salud pública de tipo neoinstitucionalista se reconoce que, aunque dicha política facilita el marco desde donde los actores sociales deben realizar sus acciones, su sola existencia no es garante de la protección de los derechos de la población (en especial en el tema de adherencia), pues se requiere la integración y puesta en práctica que depende de otros condicionantes más que la existencia de la política, siendo el marco institucional, como un conjunto de normas y reglas que definen su accionar, la más significativa.

Por ello, posterior al análisis de la gestión de la política pública, se encuentran diversas brechas en relación con lo demandado en la descripción y lo ejecutado por los actores sociales, pues la atención a las personas con VIH continúa enmarcándose en una atención médica integral, alejándose del enfoque de la construcción social de la salud.

En este sentido, se indicó que la política pública sí contempla la complejidad del VIH SIDA reconociendo los elementos sociales, políticos, económicos, culturales y administrativos que dan pie a la toma de decisiones para la atención de situaciones que afectan la vida de las personas con VIH y de la sociedad en general; pero esta atención sigue limitada en la atención del impacto del VIH, y poco sobre las causas de esta situación.

En relación con el análisis del rol de los actores sociales, se deduce que su participación está claramente señalada en los documentos constitutivos de la política pública en VIH, encontrándose instituciones del Estado y organizaciones de base de

la sociedad civil, a quienes se les asigna responsabilidades como parte de su quehacer para contribuir en el abordaje del VIH y las condiciones de vida que enfrenta la población con esta enfermedad.

Sin embargo, de acuerdo con el análisis realizado, se determinó que los actores públicos no se encuentran desarrollando a cabalidad las acciones pactadas en la política pública, principalmente en temas como la mitigación del impacto del VIH, la prevención de la enfermedad, procesos de capacitación y educación en el tema, entre otros, generando una clara brecha entre lo descrito y lo implementado.

Asimismo, presentan una debilidad en cuanto a su articulación, pues realizan sus acciones de manera descoordinada, limitando el impacto que se espera de sus acciones en beneficio de la población con VIH.

Esto presente desde el más alto nivel presentado por CONASIDA, como ente rector en la materia, que no lograr coordinar a los actores sociales partícipes del Consejo, evidenciándose además barreras de comunicación entre sus miembros, y a la vez entre éstos con las organizaciones o instituciones que representan.

En relación con este actor, se señaló una brecha importante en la gestión de la política pública que refiere a su incapacidad para generar acuerdos en el seno de sus reuniones, debido a que en dicha instancia no asisten los miembros que tienen esta capacidad, sino sus representantes, quienes carecen de poder político para comprometerse con acciones concretas que mejoren la atención del VIH.

Con respecto al desempeño que tiene la Clínica de VIH del Hospital San Juan de Dios, se reflejó que es uno de los actores sociales involucrados directamente con la atención de la población seropositiva, como prestador de servicios de la CCSS, y que, por ende, para esta acción debe considerar la interacción con otros actores sociales (públicos y privados), articulando esfuerzos para ofrecer servicios interinstitucionales e intersectoriales que faciliten la atención integral en salud.

No obstante, se encontró que esta responsabilidad no está siendo ejecutada a cabalidad, debido a razones como el exceso de demanda de atención versus los escasos recursos humanos y materiales, la falta de apoyo institucional y del CONASIDA para su gestión, y la poca capacidad para establecer alianzas entre actores.

Lo anterior se asocia con carencia o limitados recursos económicos y materiales para este fin, que a su vez tiene como causa el marco institucional donde

se desarrollan las acciones de este actor social, agravado por la poca priorización del tema de VIH y la resistencia histórica hacia el tema.

Esto incide negativamente en la atención de la adherencia en las personas con VIH, pues no se cuentan con las condiciones necesarias que deben ser provistas por los diversos actores sociales, especialmente aquellas que se relacionan con los determinantes sociales de la salud.

Esto se vincula con otra brecha que refiere a la aprehensión de la salud por parte de los actores y su manera de abordarla, pues cuando se hace mención de los determinantes sociales de la salud, solo se consideran aquellos que están relacionados con la posición socioeconómica y las circunstancias materiales y personales de la población, invisibilizando el hecho que ellos mismos, mediante sus políticas, acciones y responsabilidades son parte de los determinantes estructurales de la salud; es decir, que su quehacer incide favorablemente o no en la salud de la población con VIH.

Además, en relación con el quehacer de los actores sociales se concluyó que las escasas acciones que se realizan para contribuir a la atención de las condiciones de vida de las mujeres están mediadas por la voluntad personal de quien las atiende; es decir, de la disposición de los actores sociales de realizar acciones como las de referencia hacia otras instituciones para atención de situaciones como violencia, pobreza, escasas oportunidades laborales, entre otras, debido a la ausencia de protocolos o normas relacionadas, o al marco institucional que define sus acciones.

En relación con las condiciones de vida que enfrentan las mujeres, se encontró como resultado de esta investigación que las mujeres con VIH presentan condiciones de vida que las vulneran (como la violencia, la pobreza, la baja escolaridad, los roles que asumen, entre otras) que no son atendidos por los actores, o cuyas acciones son tan focalizadas que no logran tener un impacto real en su vida y en su salud.

Al respecto, se halló como vacío fundamental la omisión de la integración real del componente de género en las acciones de los actores sociales dirigidas a la atención de las mujeres con VIH, generando una brecha relacionada con el diseño y la gestión de la política pública, pues a pesar de la mención del enfoque de género en el PEN, no se reconocen ni se legitiman las condiciones que vulnera la salud de las mujeres, y por ende, tampoco se generan aquellas medidas que permitan su atención.

Lo anterior se vincula con la poca importancia que se le ha dado al fenómeno de la feminización del VIH, pues esta población no se señala como un grupo vulnerable ante el VIH, reproduciendo el imaginario tradicional de la enfermedad, enfocándose la política pública a poblaciones como los hombres que tiene sexo con hombres, y excluye a las mujeres de las prioridades de atención.

Esto a su vez encuentra sus causas estructurales en dos elementos: el predominio del enfoque biologista para atender la salud, negando la influencia de los determinantes sociales de la salud; y por otro lado la presencia del patriarcado como sistema cultural dominante, en donde se niegan las necesidades de salud de las mujeres, lo cual está tan naturalizado que se cuestiona muy poco por parte de los actores sociales, y por lo tanto no logra proponer ni realizar acciones para la disminución de la brecha de la salud en relación con el género.

Desde un análisis más crítico se concluyó que la existencia de estas brechas son resultado de la manera en que se diseñó y gestiona la política pública, la cual responde a intereses políticos y económicos que no promueven la atención de la salud desde los determinantes sociales (en particular aquellos de orden estructural), sino que perpetúan la atención de la enfermedad desde un modelo reducido que impide una transformación real.

Referencias

- ABRAMOVICH, V. Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. *Revista de la CEPAL*, (88):35-50, 2006. ISSN 1682-0908
- ANDRADE, J. E. *En Neoinstitucionalismo*. Bogotá: GestioPolis, 2011. [on line] Recuperado de: <http://www.gestiopolis.com/economia-2/el-neoinstitucionalismo.htm> (fecha de consulta: 8 oct. 2012). [ISBN no proveído]
- GÜELL, A. J. La adherencia al tratamiento antirretroviral en personas VIH/SIDA. Un abordaje desde la perspectiva del Trabajo Social. *Revista de Trabajo Social de la CCSS*, (64):7-23, 2002. [ISSN no proveído]
- LAGARDE, M. La perspectiva de género. En: LAGARDE, M. *Género y feminismo*. Desarrollo humano y democracia (págs. 13-38). Barcelona: Ed. Horas y Horas, 1996. ISBN 978-84-87715600
- MENY, I., & THOENIG, J.-C. *Las políticas públicas*. Barcelona: Ariel Ciencia Política. 1992. [ISBN no proveído]
- MINISTERIO DE SALUD (Costa Rica). *Estadísticas de VIH, sida y mortalidad por SIDA, Costa Rica 2002- 2013*. San José, Costa Rica, 2014. [ISBN no proveído]
- MINISTERIO DE SALUD (Costa Rica). *Plan Estratégico Nacional VIH y SIDA*. San José: Ministeruo de Salud, 2010. [ISBN no proveído]

MINISTERIO DE SALUD (Costa Rica). *Política nacional de VIH y sida*. San José, Costa Rica, 2007. [ISBN no proveído]

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH y SIDA (ONUSIDA). *Caracterización de las condiciones de vida de las mujeres con VIH en Costa Rica: exigencia para la exigibilidad de sus derechos humanos*. San José: ONUSIDA, 2012. [ISBN no proveído]

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Vigilancia del Sida en las Américas*. Washington: OPS, 2005. [ISBN no proveído]

VARGAS, C. & BOZA, R. Condición inmunológica de los pacientes portadores de VIH/Sida en el momento de su diagnóstico en el Hospital San Juan de Dios. *Acta Médica Costarricense*, (54):159-164, 2012. ISSN 0001-6002