



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

DOCTORADO EN POLÍTICAS PÚBLICAS

TESIS

**EL ROL DEL PERSONAL DE SALUD EN LA POLÍTICA DEL VIH: EL
CAPASITS DE PACHUCA DE SOTO, HIDALGO 2018-2022**

**Para obtener el grado de
Doctor en Políticas Públicas**

PRESENTA

Oscar René Franco Sánchez

Director

Dr. Carlos Martínez Padilla

Codirector

Dr. David De Jesús Reyes

Comité tutorial

Dra. Itzia María Cazares Palacios

Dr. Miguel Ángel Martínez Cervantes

Pachuca de Soto, Hidalgo, México; abril de 2026



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades

School of Social Sciences and Humanities

Área Académica de Ciencia Política y Administración Pública

Department of Political Science and Public Administration

Oficio núm. DPP/038/2026

Asunto: Autorización de impresión

Mtra. Ojúky del Rocío Islas Maldonado
Directora de Administración Escolar
Presente.

El Comité Tutorial de la tesis: "El rol del personal de salud en la política del VIH: El CAPASITS de Pachuca De Soto, Hidalgo 2018-2022" realizado por el sustentante Oscar René Franco Sánchez, con número de cuenta: 488369, perteneciente al programa de Doctorado en Políticas Públicas, una vez que ha revisado, analizado y evaluado el documento recepcional de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 110 del Reglamento de Estudios de Posgrado, tiene a bien extender la presente:

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN

Por lo que el sustentante deberá cumplir los requisitos del Reglamento de Estudios de Posgrado y con lo establecido en el proceso de grado vigente.

Atentamente

"Amor, Orden y Progreso"

Pachuca de Soto, Hidalgo a 13 de abril del 2026

Dr. Carlos Martínez Padilla
Director



Dr. David De Jesús Reyes
Codirector

Dra. Itzia María Cazares Palacios
Lectora

Dr. Miguel Ángel Martínez Cervantes
Lector

"Amor, Orden y Progreso"



Carretera Pachuca-Actopan Km. 4 s/n Colonia San
Cayetano Pachuca de Soto, Hidalgo, México C.P. 42084.
Teléfono: 52 771 71 720 00 Ext. 41050
jaacppp_icshu@uaeh.edu.mx
dcp@uaeh.edu.mx

uaeh.edu.mx

Agradecimientos

[El orden de los hechos para construir la cronología de la memoria]

A mi director de tesis de Licenciatura, Dr. Jahir Dabroy, quien me introdujo al fascinante mundo de las *políticas públicas*, en la Universidad de San Carlos de Guatemala.

A mis docentes del curso de *Políticas Públicas con Enfoque de Derechos Humanos* de la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas de El Salvador, Dres. Roberto Rodríguez y Álvaro Artiga González, este último, además, por apoyarme en la postulación al Doctorado en Políticas Públicas de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (DPP de la UAEH); su asignatura me confirmó el siguiente paso a seguir en mi formación académica.

A Juan Meléndez y Cruz Torres por apoyar mi postulación a becas complementarias.

A mis docentes de la Maestría en Administración Pública de la UCA, Jaime Miranda y Giovanna Vega Hércules por apoyar mi postulación al DPP de la UAEH.

A mi padrastro Mario y mi hermanito Brandon, por ser parte de mi vida.

A Paula Estefanía Flores Arroyave, mi querida amiga hondureña, quien me motivó y asesoró para postularme al DPP de la UAEH. Alta es la noche y Morazán vigila, (Neruda, 1950).

A José Antonio Gutiérrez Bustos, mi querido amigo nicaragüense, por ir a buscarme al aeropuerto el 20.01.2023, día en que arribé a México.

A la coordinación académica y administrativa del DPP de la UAEH, por hacer más de lo que les correspondía en mi proceso de admisión.

A mis compañeros de la 8va generación del DPP de la UAEH, por su paciencia y hospitalidad hacia mí, por dilucidar mis inquietudes gastronómicas, lingüísticas, geográficas, urbanas, lexicográficas, fonéticas, filológicas, musicales y culturales.

Al equipo de bibliotecas UAEH por todo su apoyo y paciencia.

Al equipo del programa de salud mental de la UAEH, quien me acompañó mediante terapia psicológica en esta última etapa.

A mi Comité Sinodal por su apoyo y asesoría en mi investigación, Dres. Miguel Ángel Ramírez Cervantes e Itzia María Cazares Palacios, pero especialmente a mi codirector de tesis Dr. David De Jesús Reyes, por su estilo de trabajo orientado al detalle, y al Dr. Carlos

Martínez Padilla, por su acompañamiento metodológico y epistemológico; pero más importante: por enseñarme a hacer ciencia.

A todos los volcanes, cerros, cuevas, peñascos, peñas y senderos que mis pies han recorrido, tengo por patria un volcán, por arte un atardecer, por momento un libro, por vida una taza de café y por hogar mis piernas para caminar hacia la cumbre.

A la Fundación Heinrich Böll por su apoyo con una beca complementaria, en el marco del programa de Becas Sur Place.

A la Organización de Estados Americanos (OEA) por apoyarme con una beca complementaria, en el marco del Programa de Becas OEA- CONAHCYT-AMEXCID.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), que luego pasó a llamarse Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT), que luego pasó a llamarse Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI); por la beca otorgada para terminar este programa de Doctorado, que me permite comenzar en el camino de la ciencia.

A la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, por abrirme un espacio entre lxs suyxs y acogerme. Soy Garza.

A Mexiquito lindo y querido, si es difícil venir hasta acá, más difícil es irse de acá; no quepo de tanto amor.

Dedicatoria

A esta hora pienso en muchas cosas, pero pienso en Ruth Eleonora López Alfaro presa de conciencia, en Alejandro Henríquez y todas las víctimas de la dictadura en mi país de origen El Salvador y que encontraron por destino la cárcel, la muerte o el destierro; un día volveremos, recuperaremos la democracia y seremos felices.

A todas las personas fallecidas por VIH. Honro su vida y su memoria con mi investigación, su memoria riega -como el agua- las flores de la memoria.

A mí mismo, bien dice Roque Dalton que “Deberían dar premios de resistencia por ser salvadoreño” (Dalton, 1974). Detrás de este logro, hay demasiados fracasos. Detrás de esta puerta que se abrió, hubo muchas más que se cerraron. En mi vida, me ha tocado ser el primero en muchas cosas, ahora me toca ser el primer extranjero admitido y graduado del DPP de la UAEH. Nunca me rendí, ni me rindo, ni me rendiré porque yo no me rindo nunca.

SUMARIO

El rol del personal de salud en la política del VIH: El CAPASITS de Pachuca de Soto,
Hidalgo 2018-2022.

Resumen

Introducción

Capítulo 1: Planteamiento del Problema

Capítulo 2: Estado del Arte: Entre fronteras.

Capítulo 3: Marco Teórico

Capítulo 4: Metodología y Trabajo de Campo

Capítulo 5: Análisis e Interpretación de Resultados

Conclusiones

Recomendaciones

Bibliografía

Anexos

ÍNDICE

Resumen.....	15
Summary	16
Introducción	17
Capítulo 1: Planteamiento del Problema	20
1.1 El éxito en la implementación de la política pública.....	21
1.1.1 Tendencias en las administraciones públicas de la salud	24
1.1.2 ¿Quiénes atienden el VIH en México?	27
1.1.3 Orígenes de la atención del VIH en México.....	30
1.2 Contexto del abordaje de la atención al VIH en Hidalgo	32
1.2.1 Deficiencias en el personal	33
1.2.2 Incidencia en la calidad de la atención	36
1.2.3 ¿Qué sería lo ideal?.....	39
1.3 Justificación: un problema público silencioso.....	43
1.3.1 Personal de salud y grupos vulnerables	43
1.3.2 Retos en la atención diaria.....	44
1.3.3 Investigación limitada sobre personal de salud en VIH	47
1.3.4 Preguntas de investigación	48
1.3.5 Objetivos.....	48
1.3.5.1 General.....	48
1.3.5.2 Específicos.....	48
Capítulo 2: Estado del Arte: Entre fronteras.....	50
2.1 El personal del VIH a nivel internacional: entre Tijuana y el horizonte	50

2.2	El personal del VIH a nivel de la república mexicana: entre Tijuana y Tapachula	68
2.3	El personal del VIH a nivel del estado de Hidalgo: entre Tepeapulco y Huejutla	76
	Capítulo 3: Marco Teórico.....	79
3.1	Dimensiones sociopolíticas del VIH	79
3.1.1	Alcance del VIH en lo público	80
3.2	Personal de salud	84
3.2.1	El entorno del personal de salud.....	84
3.2.2	Competencias y capacitaciones	86
3.2.3	Marco de actuación.....	89
3.3	Burocracias de calle.....	90
3.3.1	Implementación, pero también confección.....	91
3.3.2	Entre la normativa y la discrecionalidad	93
3.3.3	¿Materia prima o derechos?.....	97
3.3.4	¿Cómo conducirse para con las personas usuarias?	100
	Capítulo 4: Metodología y Trabajo de Campo	105
4.1	Naturaleza de la investigación y diseño del estudio	105
4.1.1	Hipótesis o supuestos de investigación	107
4.2	Población de estudio	107
4.2.1	Operacionalización de las categorías.....	114
4.3	Técnicas de análisis de información	116
4.3.1	Ética en la investigación del CAPASITS	117
4.3.2	Mapa conceptual-Desagregación teórica.....	117
4.3.3	Procesamiento de información recogida en campo	118

4.4	Contexto de estudio	125
4.4.1	El CAPASITS en físico	125
4.5	Dificultades en el trabajo de campo	133
	Capítulo 5: Análisis e Interpretación de Resultados	135
5.1	Perfil académico y profesional	136
5.1.1	El perfil de las BNC, experiencia y funciones.....	136
5.1.2	Funciones del personal de salud	140
5.2	La jornada de trabajo	148
5.2.1	Las personas usuarias, en la atención diaria	151
5.3	El personal de salud en la atención a grupos vulnerables.....	158
5.3.1	Herramientas de trabajo del personal de salud	162
5.3.2	Redes sociales y telemedicina	164
5.4	Trabajo en equipo	166
5.5	Toma de decisiones y personal de salud.....	169
5.6	El estrés en la jornada laboral.....	171
5.7	Más usuarias/os, más trabajo	172
5.8	La capacitación al personal de salud	174
5.8.1	Necesidades de capacitación	177
5.8.2	Impacto de las capacitaciones en la calidad de la atención	178
5.8.3	El personal de salud en el COVID 19 y VIH	180
5.9	Preocupaciones del personal de salud	181
	Conclusiones	185
	Recomendaciones	193
	Bibliografía	197
	Anexos	226
	Anexo 1: Guía de entrevista – Dirección del CAPASITS	226

Anexo 2: Guía de entrevista – Personal de salud del CAPASITS	230
Anexo 3: Guía de observación del CAPASITS	234
Anexo 4: Consentimiento informado – Dirección del CAPASITS	236
Anexo 5: Consentimiento informado – Personal de salud del CAPASITS	237

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Cuadro VII.I Ejemplos de las diversas formas de lidiar por parte de los trabajadores en los puntos de atención al usuario	98
Tabla 2 Cuadro resumen de las entrevistas semiestructuradas aplicadas en el CAPASITS.	108
Tabla 3 Operacionalización de las categorías.....	115

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Fotografía 1: Trayectoria de la acción “Seguridad en el proceso de medicación”29	
Figura 2 Mapa 1: Porcentaje con mayor tasa de incidencia de VIH/SIDA, Hidalgo. 2021.	41
Figura 3 Mapa 2: Principales municipios con VIH/SIDA, Hidalgo. 2021.....	42
Figura 4 Mapa 3: Población de responsabilidad de UNEME CAPASITS. Hidalgo, 2021.	46
Figura 5 Fotografía 2: Áreas clave del CAPASITS	110
Figura 6 Fotografía 3: Organigrama general de la UNEME CAPASITS	111
Figura 7 Fotografía 4: Farmacia del CAPASITS con distintos medicamentos.....	112
Figura 8 Fotografía 5: Mural de las emociones en consultorio de psicología.....	114
Figura 9 Diagrama 1 Mapa conceptual-Desagregación teórica.	118
Figura 10 Captura de pantalla 1: Primera etapa de transcripción de entrevistas, subida de audios.....	119

Figura 11 Captura de pantalla 2: Segunda etapa de transcripción de entrevistas descarga de archivos de Microsoft Word.	120
Figura 12 Captura de pantalla 3: Tercera etapa de transcripción de entrevistas, corrección de transcripciones en Microsoft Word.....	120
Figura 13 Captura de pantalla 4, Codificación en MAXQDA	122
Figura 14 Diagrama 2, codificación CAPASITS.	124
Figura 15 Fotografía 6: Fachada del CAPASITS.....	126
Figura 16 Fotografía 7: Parada de autobuses artículo	128
Figura 17 Fotografía 8: Áreas clave del CAPASITS.	130
Figura 18 Fotografía 9: Unidad móvil PREVENMOVIHL del CAPASITS, parte frontal.	131
Figura 19 Fotografía 10: Unidad móvil PREVENMOVIHL del CAPASITS, parte trasera.	132
Figura 20 Nube de palabras.....	135

LISTA DE ABREVIATURAS

Sigla o acrónimo	Significado
ALEP+PC	Alianza Liderazgo en Positivo y Poblaciones Clave
BNC	Burócratas de Nivel de Calle
CAPASITS	Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual
CDHEH	Comisión de Derechos Humanos de Hidalgo
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención del VIH/SIDA y Hepatitis
CERESO	Centro de Rehabilitación Social
CONAPRED	Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación
CONASIDA	Comisión Nacional de SIDA
CURP	Clave Única de Registro de Población
GPC	Guías de Práctica Clínica
HSH	Hombres que tienen Sexo con otros Hombres
ICSa	Instituto de Ciencias de la Salud
ICSHu	Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
INSABI	Instituto de Salud para el Bienestar
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LGBTIQ+	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans, Intersexuales y Queer
NOM	Normas Oficiales Mexicanas
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
PEP	Profilaxis Post Exposición
PPL	Personas Privadas de la Libertad
PrEP	Profilaxis Pre - Exposición
PTMI	Prevención de Transmisión Materno Infantil
PVVS	Personas Viviendo con VIH y Sida
SAI	Servicios de Atención Integral
SALVAR	Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales
SEA	Servicio Especializado de Atención
SEDENA	Secretaría de la Defensa
SEIINAC	Servicios de Inclusión Integral y Derechos Humanos A. C.

SEMAR	Secretaría de Marina
SESPAS	Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TAR	Tratamiento Antirretroviral
TARV	Tratamiento Antirretroviral
UNEME	Unidad Médica Especializada
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Resumen

La presente tesis analiza el rol del personal de salud del CAPASITS¹ en la política del VIH², desde tres enfoques teóricos: dimensiones sociopolíticas del VIH de Laar (2022), personal de salud desde la salud pública de Magalhães (2007) y burocracias de calle de Lipsky (1980). En consecuencia, el centro del análisis es el personal de salud y cómo su trabajo incide en la atención diaria a personas que necesitan de los servicios de salud de una clínica especializada en VIH en el estado de Hidalgo y su gestión desde el CAPASITS. Estos enfoques teóricos permiten enfatizar el trabajo de campo realizado con el personal de salud y el posterior análisis desde la teoría fundamentada de Charmaz (2014).

En el primer capítulo se tiene el planteamiento del problema, ubicando los principales datos sobre el rol que ha jugado el personal de salud del primer nivel de atención en la atención directa a personas usuarias de los servicios de salud desde que surgió la epidemia. En el segundo capítulo se describe el papel del personal de salud en tres grandes contextos: el internacional, el nacional y el hidalguense. En el tercer capítulo se explican los enfoques teóricos, y su relación con el rol del personal de salud. En el cuarto capítulo se expone la metodología, y trabajo de campo y en el quinto capítulo se analizan los resultados del trabajo de campo.

¹ Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual

² Virus de Inmunodeficiencia Humana

Summary

This thesis analyzes the role of healthcare personnel at CAPASITS (Comprehensive HIV/AIDS Care Center) in HIV policy, using three theoretical approaches: Laar's (2022) sociopolitical dimensions of HIV, Magalhães' (2007) perspective on healthcare personnel within public health, and Lipsky's (1980) street level bureaucracies. Consequently, the analysis focuses on healthcare personnel and how their work impacts the daily care provided to individuals requiring services at a specialized HIV clinic in the state of Hidalgo, as well as its management within CAPASITS. These theoretical approaches allow for an emphasis on the fieldwork conducted with healthcare personnel and the subsequent analysis using Charmaz's (2014) grounded theory.

The first chapter presents the problem statement, outlining the main data on the role played by primary healthcare personnel in providing direct care to service users since the emergence of the epidemic. The second chapter describes the role of healthcare personnel in three major contexts: international, national, and within the state of Hidalgo. The third chapter explains the theoretical approaches and their relationship to the role of healthcare personnel. The fourth chapter presents the methodology and fieldwork, and the fifth chapter analyzes the results of the fieldwork.

Introducción

La necesidad de atender a poblaciones vulnerables que sufren la epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) surge en la agenda pública mexicana durante la década de los ochenta, con el descubrimiento del primer caso, extendiéndose hasta el final de la década de los noventa. A nivel internacional, y de acuerdo con Hernández (2022) durante la Cuarta Conferencia Mundial de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en Estocolmo, Suecia; se planteó un fuerte vínculo entre VIH y discriminación por parte de los sistemas de salud. La evolución de dicha enfermedad y el impacto que tuvo en su momento colocó a la problemática de VIH e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) como un problema de salud pública y, por tanto, objeto de atención por parte del gobierno mexicano en sus tres niveles: municipal, estatal y federal.

Lo anterior permitió delimitar de manera más específica el tipo de pacientes que se atendían desde los sistemas de salud por medio de su personal, y la respuesta que debía darse. Aunado al hecho que en México existen distintas instituciones de seguridad social como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Secretaría de Marina (SEMAR) y Petróleos Mexicanos (Pemex), además de otras entidades específicas en ciertos estados de la república.

Un elemento fundamental que debe señalarse es que la ampliación de la cobertura en salud en materia de VIH e ITS ha ido en aumento con el transcurrir del tiempo, (García et al., 2022) hasta 1996 únicamente las personas que tenían acceso al IMSS o al ISSSTE contaban con Tratamiento Antirretroviral (TAR). Desde entonces, se han realizado una serie de reformas en materia legal y de salud pública, para procurar la ampliación de la cobertura, como la reforma constitucional en 2001 relacionada al tema de discriminación, de la Ley General de Salud en 2019, dado que uno de los retos de los sistemas de salud en México es la universalización del acceso al mismo referida por Fajardo (2018). Desde luego, el tema del VIH, SIDA e ITS no escapa a ello, entonces se entiende que parte de la universalización de la atención en materia de VIH e ITS, implica una participación más activa del personal de salud en la gestión de estos.

A pesar de todos estos esfuerzos, cada año y de acuerdo con los Informes históricos de VIH del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH, Dirección de Vigilancia

Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles (2023), cada año —a excepción de la pandemia del COVID 19— se detectan nuevos casos de VIH en el estado de Hidalgo, en 2018 se notificaron 319 nuevos casos, en 2019 se notificaron 411 nuevos casos, en 2020 se notificaron 325 nuevos casos, en 2021 se notificaron 364 nuevos casos y en 2022 se notificaron 396 nuevos casos; esto representa todo un reto para los sistemas de salud, pero en particular para el personal de salud de Hidalgo que, de acuerdo con Hernández et al., (2025) debe enfrentarse a situaciones adversas, frente a un aumento en su carga de trabajo, derivado del aumento de personas viviendo con VIH.

Actualmente, existen distintas problemáticas que giran en torno al VIH e ITS, y que se convierten en matices importantes, para entender las dificultades por las que atraviesan las y los trabajadores del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), para llevar a cabo su labor de atender a la población usuaria.

En el caso de México, y en concreto del estado de Hidalgo, muchos de estos matices están relacionados con la calidad de la atención prestada a la población objetivo, considerando que desde la primera década del siglo XXI ya se mostraban preocupaciones sobre el tema de la relación entre la calidad de la atención en salud y las condiciones del personal de salud, inconformidades con el hecho que no se tome en cuenta las opiniones del mismo, que no haya reconocimiento a la labor que realizan y mejoras en el clima laboral (Secretaría de Salud, 2012), infraestructura hospitalaria, estrategia de comunicación, poca o nula capacitación al personal de salud o prejuicios relacionados con la práctica clínica diaria, al momento de atender personas usuarias; falta de formación o educación al personal de salud (García et al., 1994), insuficiente difusión de la prestación de servicios, falta de recursos y capacitación adecuada para desempeñar su labor, pero también a prejuicios y estereotipos que tiene el personal de salud que atiende a este sector de la población.

Por ello, es necesario entender desde la perspectiva de las y los trabajadores del CAPASITS, los principales retos que existen sobre la atención al VIH e ITS, la manera en que interactúan y las principales oportunidades de mejora que se tienen. Debido a esto, existen programas como el CAPASITS en Pachuca de Soto, Hidalgo, y en otros estados de la república mexicana que buscan atender la problemática del VIH e ITS, en los que laboran trabajadoras/es de la salud, cuya labor dinamiza la atención en VIH. Frente a esto se plantea

la pregunta ¿De qué manera el trabajo realizado por el personal de salud del CAPASITS incide en la atención diaria en VIH en el estado de Hidalgo? Esta pregunta sirve como hilo conductor de la presente investigación.

Capítulo 1: Planteamiento del Problema

La década de los ochenta constituyó una época importante para la atención en salud en México, en 1983 se detectó el primer caso de VIH en el Instituto Nacional de Nutrición “Salvador Zubirán”. Desde entonces han pasado más de cuarenta años con la enfermedad en territorio mexicano, por ello, la epidemia del VIH constituye un problema de salud pública importante en México. Entre los años 2018 y 2022 y de acuerdo con las cifras del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del VIH han registrado las siguientes cifras de casos notificados: en 2018 se notificaron 17,569 casos; en 2019 se notificaron 17,556 casos; en 2020 se notificaron 10,510 casos; en 2021 se notificaron 16,135 casos y en 2022 se notificaron 17,858 casos. Si bien, en los años 2019 y 2020 se registró una disminución de casos notificados a nivel nacional, en parte, debido a la pandemia del COVID 19, desde 2021 las cifras han ido en aumento.

Desde esta perspectiva, se analiza si el ritmo del crecimiento del VIH es proporcional al ritmo de crecimiento en la oferta de servicios de los sistemas de salud en México, tanto en materia de infraestructura hospitalaria, insumos de trabajo, estrategias innovadoras de trabajo y personal de salud, en particular en el CAPASITS del estado de Hidalgo. El problema público de la incidencia del personal de salud en el pleno cumplimiento del Derecho Humano a la salud y la tendencia de las enfermedades es un hecho que no únicamente tiene presencia en el CAPASITS de Hidalgo, sino a nivel nacional en México, regional e internacional. Una tendencia en América Latina es que las oportunidades de profesionalización, formación y capacitación de quienes ejercen la función pública, se encuentran concentradas en los grandes centros políticos y subordinadas a los mismos (Podestá, 2001). Esto implica, que si bien es cierto deben existir lineamientos generales para la gestión de distintos padecimientos de salud, también es fundamental tomar en consideración el componente territorial y de territorialización en su implementación.

Por ello, para el personal de salud, no es lo mismo implementar una política de prevención de VIH en Pachuca de Soto, Hidalgo; una ciudad, bastante bien interconectada con calles, avenidas, caminos y vialidades, con acceso a Internet, medios de comunicación y de mayor escolaridad, donde confluyen grupos poblacionales más heterogéneos, con dominio del español; que implementarla en la huasteca hidalguense, un sector del estado de Hidalgo,

donde la mayoría de población es indígena, se comunican en idiomas hñahñu, náhuatl, otomí, tienen menor acceso a Internet, medios de comunicación y alcanzan menores grados de escolaridad.

1.1 El éxito en la implementación de la política pública

Para la implementación exitosa de una política pública de salud enfocada en VIH, según Podestá (2001) se requiere, información sobre el recurso humano que lleva a cabo las distintas acciones en los territorios, entre otras razones porque debe evitarse el desperdicio de los recursos, en particular del recurso humano. Para la mejora en la implementación de una política pública de salud enfocada en VIH a través de la evaluación por medio de su personal implementador, es vital entender el surgimiento de cualquier política pública.

Desde la teoría del Estado: la ciudadanía cede parte de su soberanía al Estado, entonces este, toma decisiones que tienen alcance sobre la misma, estas decisiones son conocidas como “políticas públicas”, que tienen como finalidad atender problemáticas que afectan a una colectividad, con la intención de garantizar derechos y mejorar la calidad de vida de la población afectada en cuestión. Todo esto en el marco de un sistema político democrático, en el que se deben garantizar los Derechos Humanos. Por tanto, entre más se evalúa una política pública, mejor será la calidad de su implementación, y mejor será la calidad de la democracia en la que tenga lugar dicha política pública.

En la implementación de toda política pública se identifican dos grandes grupos de personas: por un lado, personas implementadoras de la política pública y, por otro, personas destinatarias de la política pública. Entonces, la mayoría de la literatura sobre evaluación de política pública, y de investigación científica, está centrada en este segundo grupo de personas, dejando de lado el rol fundamental del personal implementador. Al pensar en este personal, se entiende que es el que se encuentra en el lugar más bajo en la jerarquía organizacional de las instituciones, por tanto, es el personal que tiene ese primer contacto con la ciudadanía, con las personas destinatarias de la política pública. Desde esta perspectiva, se presta atención a lo considerado por Bulcourn & Cardozo (2008) en el sentido de retomar la administración del personal, como elemento de análisis de políticas públicas, con su nivel empírico, incluyendo las reformas a la agenda existente, en el sentido de reconfiguración del personal existente.

Entonces, al pensar en la política pública del VIH y en las personas operadoras del CAPASITS como parte de esta política pública, de acuerdo con Pasquino (2014) se asumen como burócratas de calle, de barrio; llevando a cabo sus distintas acciones sobre la base de la normativa, que para el personal de salud mexicano se orienta bajo las *Guías de Práctica Clínica (GPC)*, y las *Normas Oficiales Mexicanas (NOM)*, además de otros marcos de referencia como la discrecionalidad (Maynard-Moody et al., 2018) en la aplicación de los conocimientos, ya que en la práctica lo que hacen es adaptar política pública a población destinataria, tomando como base para esta “adaptación” las características propias de la persona destinataria, en cada caso. Esta *práctica clínica*, permite dotar de una mejor y mayor experiencia al personal de salud y, por tanto, de conocimientos que contribuyen a la mejora en la política pública del CAPASITS en la medida en que los mandos medios y jefaturas desarrollan la capacidad de hacer escucha activa para con el personal implementador.

Además de los problemas propios que se derivan del ejercicio de sus funciones, desde la perspectiva de Ferraro (2017) el personal de salud también debe enfrentarse a otras situaciones vinculadas a su relación profesional con la entidad implementadora de la política pública, en este caso del CAPASITS de Hidalgo, como el crisol de mecanismos de contratación de personal para el funcionamiento y las operaciones de dicha entidad, lo que también repercute en limitaciones para la realización de la carrera pública y desarrollo de capacidades, en particular, en el personal de salud de contratación temporal. Esta situación limita el pleno cumplimiento de una de las funciones esenciales de la Administración Pública, llevando a cabo programas públicos a través de su personal, partiendo de su trayectoria laboral y adiestramiento técnico.

Entonces, el análisis de la intervención de abajo hacia arriba también es válido en términos epistemológicos y metodológicos, para ver cómo esta interacción generada (Hall, 2007) entre personas implementadoras de la política pública y personas destinatarias de la política pública, se traduce en resultados de la implementación de la política pública (García, 2017), máxime, si se contempla el desarrollo de capacidades que el personal implementador de las políticas públicas, y de la política del VIH en el CAPASITS, va desarrollando con la práctica clínica, para adaptar la atención a condiciones del entorno cambiantes. En cuanto a la interacción, también se toma en cuenta la comunicación y el diálogo como punto de partida

(Ansell, 2018) en la calidad de la implementación y, por tanto, del éxito en una política pública, la manera en que se asumen roles y la orientación a la acción.

Entonces, desde este punto de vista, la orientación a la acción, y, por tanto, el interaccionismo simbólico en el que se construyen y reproducen estructuras, entonces los procesos de interacción se constituyen como resultado de las Normas Oficiales Mexicanas, y las Guías de Práctica Clínica que conducen el trabajo del personal de salud en la práctica clínica cotidiana y la atención a las personas usuarias en el consultorio, a usanza de la discrecionalidad. Lo que, a su vez, constituye una suerte de “orden negociado” (Charmaz, 2014), debido a que estos parámetros normativos se configuran como orientadores de la acción, estableciendo el rol de cada persona que interviene en la interacción, de acuerdo con su rol; lo que resulta decisivo, al considerar lo propuesto por Knoepfel et al., (2008), quien sugiere tomar en cuenta las reglas informales y formales que los actores toman en cuenta para impulsar sus intereses en la agenda pública, y en las instituciones, el llamado “acuerdo institucional” (p. 109). Estas reglas también son asumidas en la replicación de procesos cotidianos a lo interno de las instituciones, impulsando procesos para lograr acuerdos.

De ahí que, los resultados en la implementación de la política pública están determinados –en buena medida– por las interacciones entre los actores, es decir, entre las personas usuarias del CAPASITS y el personal de salud; sin dejar de mencionar, el asunto del *sensemaking* que ayuda a comprender la toma de decisiones en medio de la ambigüedad e incertidumbre, es decir, balanceando lo establecido por la normativa oficial y la discrecionalidad del personal de salud (Maynard-Moody et al., 2018). En términos prácticos son situaciones que no están previstas en el horizonte programático, pero que de cualquier forma suceden y se deben tomar decisiones, como la aprobación de un nuevo medicamento, la aparición de una nueva comorbilidad, un nuevo virus como sucedió con el COVID 19, entre otros.

Al pensar en el nivel de éxito que puede tener o no una política pública, bajo la óptica de Muñoz (2020) es el manejo del personal operativo que participa en las instituciones, cuyo rol es la materialización de la garantía de Derechos Humanos. En este caso, del Derecho Humano a la salud, por medio del CAPASITS en la gestión del VIH. Por ello, la incidencia de las fuerzas vivas del territorio dinamiza las acciones que el recurso humano de la salud realiza a nivel de los sistemas de salud. De ahí que, los distintos modelos de gestión pública

coinciden en que no se puede pensar en el acercamiento de la política del VIH a los territorios, sin dejar de lado a quienes la materializan.

En consecuencia, el rol del personal implementador de las políticas públicas se enmarca en el modelo *bottom up* (Valencia, 2020) & (Knoepfel et al., 2008) de evaluación de políticas públicas, en el que no se priorizan los resultados como indicador de impacto o resultado, sino el proceso de implementación como tal; siguiendo esta línea, Sabatier (1986) enfatiza en la necesidad de contar con funcionarias/os comprometidas/os y con habilidades para la implementación teniendo como base la discrecionalidad que su labor demanda, este autor identifica mecanismos legales y políticos para incidir en las preferencias del comportamiento de las burocracias de calle, inclusive basado en sanciones e incentivos, además del hecho que para lograr el éxito en la implementación de una política pública se necesita, no solo de la intervención de distintas áreas clave, sino específicamente de las habilidades de individuos particulares, que son quienes están atendiendo a la ciudadanía, desde las estructuras locales de implementación.

Adicionalmente, y desde Vallés & Martí (2024) las políticas públicas también se ven involucradas en el intercambio de información en las redes de personas que conocen sobre los temas a partir de su interacción, siendo el caso, las políticas públicas sobre VIH, y en específico el CAPASITS, cuyo funcionamiento se nutre a partir de los aportes de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), academia, personas expertas en salud pública y epidemiología, entre otros.

1.1.1 Tendencias en las administraciones públicas de la salud

En los últimos años, la literatura especializada en políticas públicas Franco (2020), reconoce la importancia del personal operativo en la implementación de las políticas públicas, de la capacitación, formación académica, experiencia profesional, conocimiento sustancioso de los temas que abordará en el ejercicio de sus funciones a nivel operativo, y cómo esto se traduce en el aumento o disminución de la calidad del servicio público, esta es una preocupación que también comparte Fontaine (2015), en cuanto a la formación del recurso humano de las instituciones públicas, porque si la clase política que gobierna determinada circunscripción geográfica desea impulsar transformaciones sociales, es justamente el personal operativo de las instituciones la que materializa estas transformaciones.

Una tendencia común en las administraciones públicas es la relacionada con la alta rotación de personal, debido a que no contratan de manera permanente a las personas, sino que los contratos tienen terminación temporal, teniendo consecuencias específicas en la función pública. Bajo la perspectiva del mismo autor Franco (2020), sin una adecuada gestión del recurso humano, no podrían diseñarse estrategias que permitan aminorar las posibles debilidades en la implementación de la política pública, en este caso, y desde la óptica organizacional, en el CAPASITS.

Como resultado de esto, se retoma lo considerado por Aguilar (1992), quien enfatiza en la idea del crecimiento desordenado del aparato público, por lo tanto, creció el Estado y las instituciones, el aumento del tamaño del Estado no se traduce necesariamente en la mejora de la gestión pública, lo que también es aplicable al CAPASITS, en el sentido que el resultado del crecimiento del Estado no equivale a mejoras en la gestión del problema público del VIH.

A su vez, Lasswell (1992) subraya la existencia de parámetros de decisión del personal que labora en las instituciones, así como mecanismos para la selección del personal más idóneo, puesto que tener personal calificado es costoso y de poca disponibilidad. También Dror (1992) retoma la idea de la participación del personal en la confección de la política pública, lo que permite mejoras en la confección, pero en general en todo el ciclo de la política pública. Esto último es evidente al momento de leer las primeras páginas de la guía del Centro Nacional para la Prevención del VIH/SIDA y Hepatitis (CENSIDA, 2025) actualizada al 2025, en la que se establece que la misma fue elaborada por personal médico que atiende a personas que viven con VIH, de manera que, esta guía, como parte de la normativa, es una política pública, y consecuentemente, el personal de salud se vuelve no solo implementador de la misma, sino hacedor de la misma.

Al igual que la guía de CENSIDA del 2025, la guía de CENSIDA del año 2018 (CENSIDA, 2018) y la del 2021 (CENSIDA, 2021) resalta la participación de personal de salud en la confección de la misma, lo que reafirma el hecho que el personal de salud operativo, no solo implementa política pública, sino que también la confecciona por medio de su normativa, documentos técnicos y manuales operativos, a su vez; tanto la guía del 2018, como la del 2021 problematizan como posibles matices la "atención masificada e impersonal, ausencia de coordinación entre diferentes servicios de apoyo a la asistencia e insuficiente capacitación al personal médico en TAR, falta de pericia para lograr una relación personal

positiva entre médico/a y paciente" (CENSIDA, 2018, p. 41, 2021, p. 60). A su vez, la guía del 2021 refiere la toma de decisiones basadas en evidencia y la toma de decisiones en la práctica clínica cotidiana del personal de salud.

También, Aguilar (2004) desde la óptica organizacional puntualiza sobre el rol del personal de las instituciones públicas como factor de éxito en la implementación de las políticas públicas, entonces, se puede entender al CAPASITS desde la perspectiva organizacional, y examinar cómo el personal de cada una de sus distintas áreas resulta clave para el éxito o fracaso de la política del VIH. De ahí, que desde Allison (1992) se puede abordar al personal implementador de la política pública del CAPASITS, como "jugadores" que garantizan un resultado de ella. Hoy en día, Aguilar (2019) afirma que dentro de los actuales defectos que tiene el abordaje de la política pública, se encuentra la visión tradicional gubernamental, siendo que hay más prerrogativas a considerar dentro de la política pública, entre ellas, el personal de las instituciones, lo que es apenas lógico, partiendo del hecho que es el personal operativo el que materializa las políticas públicas.

A su vez, estudiar la política pública a partir de su personal no es exclusivo del VIH, son también de otros programas y problemas públicos, entonces, se puede ilustrar el caso de los programas sociales (Cerna et al., 2024), en cuyo éxito residen distintos matices específicos del personal implementador, por ejemplo, el cambio en las condiciones del personal local de las distintas instituciones, como piedra angular del funcionamiento de las instituciones del Estado, entonces sin personal de atención primaria, no hay política pública, y sin política pública no hay Estado. A partir de esto, y en la administración de los programas sociales, se proponen mejoras en la gestión del Recurso Humano y de las funciones propias de las instituciones, lo que genera, mejores resultados en el cumplimiento de las distintas metas y objetivos de los programas públicos, así pues, justamente es el personal operativo, el que materializa el funcionamiento de las instituciones.

Al enfatizar sobre el rol del personal de salud en la política del VIH, existe un interés por parte de la academia, de esta cuenta, es oportuno referirse a distintas investigaciones, sobre las que se profundiza en el siguiente capítulo, pero que dan cuenta de las necesidades de investigación científica en la materia, como la correlación entre el VIH y pueblos originarios, y el reto adicional que esto representa para los sistemas de salud (Muñoz, 2022), el rol que juega el personal de psicología (Ávila & Rubia, 2014; Ortiz, 2021; Ortiz, 2011),

en la atención a distintas psicopatologías, y el rol del personal de farmacia en la adherencia de las y los pacientes (Rubio, 2022). Desde la academia es fundamental, referirse a la investigación realizada por Rangel (2005) en la que sintetiza una serie de casos –Fernando, Florencio y Alex– en el que se evidencian acciones inadecuadas en el proceso de salud, enfermedad y atención, por parte del personal que les atendió en el Hospital Integral de Jacala, Hidalgo; con especial énfasis en una serie de prejuicios emitidos por el personal de salud al momento de atenderles.

1.1.2 ¿Quiénes atienden el VIH en México?

La atención al VIH por parte del gobierno mexicano se realiza desde diferentes instancias de salud como la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de Marina (SEMAR) y Secretaría de la Defensa (SEDENA). Sin embargo, el ente rector en este sentido es la Secretaría de Salud, que orienta, respecto de las reglas de operación, manuales y demás normativa, la manera en que gestionan los diferentes procesos y el rol que se debe jugar, por parte del personal de salud; Guerrero (2015) lo resume de la siguiente manera:

Respecto al Censida se derivan los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en SIDA e ITS (CAPASITS) y Servicios de Atención Integral (SAI) para personas con VIH que brindan principalmente tratamiento y seguimiento y atención médica. Existen 75 CAPASITS distribuidos en la República Mexicana, así como 61 SAI distribuidos en los Hospitales públicos (p. 19).

Sobre el alcance que tiene el componente del estigma en los grupos poblacionales que viven con VIH, Goffman (2006) aborda una serie de situaciones que son equiparables con las situaciones por las que las personas usuarias del CAPASITS podrían o pueden sentirse inferiores y por tanto en situación de estigma; como el hecho de ser una persona trans, de origen nacional distinto al origen nacional mexicano, ser indígena, provenir de un lugar lejano a la ciudad de Pachuca de Soto o el hecho de vivir con VIH; entre otras.

También es importante establecer que el estigma desde el personal de salud hacia las personas usuarias, está determinado por prejuicios sociales que tienen su origen en la familia, escuela, religión y distintos entornos de socialización, pero en este caso en particular son moldeados por las Guías de Práctica Clínica y las Normas Oficiales Mexicanas, como parte de los componentes clave de atención, que el personal de salud debe seguir; pero que en algunos casos existen procesos de resistencia a los cambios de paradigma en la atención en salud por parte del personal de salud hacia las personas usuarias, lo que sin duda tiene incidencia directa en la calidad de la atención por parte del personal de salud, consecuentemente en la adherencia terapéutica óptima por parte de las personas usuarias, estos procesos de resistencia –de nuevo– están motivados por los prejuicios sociales referidos anteriormente.

En este sentido, la mejora en la implementación como producto de la evaluación de esta, se trata no solo de los componentes programáticos, financieros, presupuestarios o normativos, sino más importante aún: de quienes implementan las políticas públicas, en particular, la política pública del VIH a través del CAPASITS. Por ello, desde la perspectiva de Cirera & Vélez (2000) puede entenderse el rol del personal de salud del CAPASITS a partir de aspectos como infrautilización, el perfil profesional del mismo, tanto en su formación académica como en su experiencia profesional, así como su ajuste en el organigrama organizacional, así como los procesos de formación y capacitación que el mismo recibe, en particular el personal que da seguimiento a la implementación de las tareas.

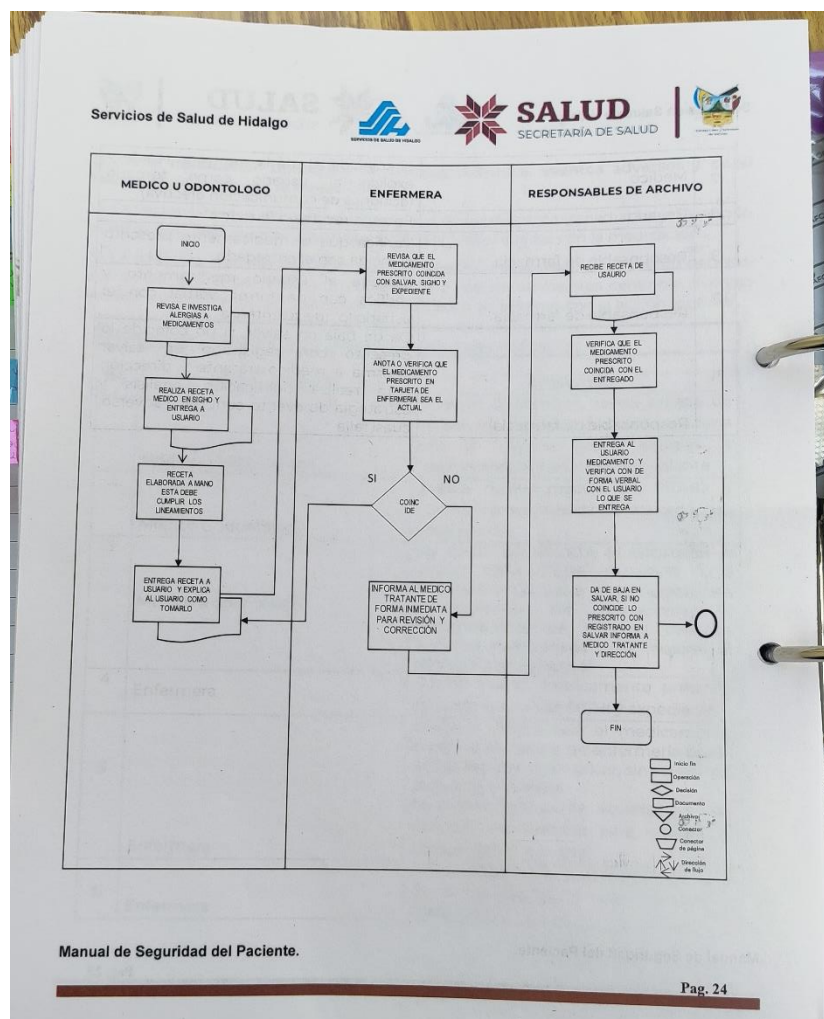
A este respecto, es importante considerar lo dispuesto por Strauss et al., (1997) quien enfatiza en la complejidad de las trayectorias de trabajo asumidas por las especialidades médicas, de enfermería y técnicas, quienes trabajan para aliviar los padecimientos de salud de las personas usuarias, y que a su vez tienen niveles de experiencia desiguales, además de su formación técnica; estas especialidades médicas son las que participan en la confección de las trayectorias de las distintas acciones llevadas a cabo por el personal del CAPASITS.

Pero, aún y cuando las trayectorias son elaboradas por el mismo personal de salud, siempre existe el riesgo que la articulación de dichas trayectorias no funcione como ha sido planificada, así sea por obstáculos externos o internos, los cuales no se presentan de manera individual, sino de manera conjunta y pueden orillar a la modificación de trayectorias y su pilotaje por varios días, lo que forma parte de cualquier proceso de adaptación a nuevas

dinámicas de trabajo y trayectorias presentes en distintos niveles y servicios de salud; el autor establece que debido a que las trayectorias suelen ser cambiantes, el personal se esfuerza por tener control sobre las mismas, pero que en algún punto el control de coordinación de las trayectorias puede perderse; especialmente cuando las personas usuarias están realizando varias trayectorias de manera equivalente en varios servicios presentes en el CAPASITS; de manera que, se debe trabajar de manera acoplada incluyendo a las personas usuarias, lo que no siempre se logra, debido a la articulación en los mandos altos del CAPASITS. Por ejemplo, en la acción de “Seguridad en el proceso de medicación”, en el Manual de Procedimientos del CAPASITS:

Figura 1

Fotografía 1: Trayectoria de la acción “Seguridad en el proceso de medicación”



Nota. Elaboración propia

Aunado a lo anterior, se destaca la participación de practicantes en la consulta diaria; esto tiene sentido, si se considera que en el CAPASITS únicamente se cuenta con practicantes del nivel técnico en el área de trabajo social, y no de especialidades médicas como odontología, medicina, enfermería, odontología, psicología y nutrición y de cómo estas podrían contribuir a evacuar la sobrecarga de trabajo que se tiene en el CAPASITS, como se evidenció en la realización del trabajo de campo y cuyos resultados se presentan en el Capítulo 5: Análisis e interpretación de Resultados, de la presente investigación.

En esta línea, desde Strauss et al., (1997) se considera que la eficiencia se puede ver dañada por la organización inefectiva del CAPASITS, agregándose el cansancio, la sobrecarga de trabajo; entonces los resultados están influenciados por estas situaciones y no por peculiaridades individuales del personal de salud, aún y cuando este, se encuentre altamente motivado, capacitado y exista suficiente cantidad de personal contratado; lo cual tiene sentido en el marco del “orden negociado” (Charmaz, 2014) que en los proceso de funcionamiento de las instituciones existe este “acuerdo” implícito de funcionamiento, y que se ve replicado, a partir de la evidencia empírica, en distintos contextos atención de servicios de salud y cuyo funcionamiento se encuentra subordinado a la voluntad de seres humanos y sus dinámicas de poder.

1.1.3 Orígenes de la atención del VIH en México

El tratamiento del VIH en sus inicios en México, durante la década de los ochenta fue enfrentado con serias dificultades por parte de quienes contraían esta infección, entre otras razones porque quienes no contaban con una relación laboral con alguna empresa o entidad que les habilitara derechohabencia a una institución de seguridad social, debían financiarse los tratamientos derivados de esta enfermedad, generándose una diferenciación social y una brecha de desigualdad entre quienes tienen más recursos y quienes no lo tienen, lo que de ello también deriva en una pérdida de la calidad de vida y de las prerrogativas para gestionar un padecimiento de salud de esta naturaleza, además de personal de salud poco capacitado para la época, entonces el sector de la población mayormente afectado eran las personas vulnerables, con medios de vida precarios, y pocas posibilidades de financiarse el tratamiento

de una enfermedad tan costoso, entonces el VIH es un fenómeno que afecta a quienes tienen menos recursos, posteriormente se llevaron a cabo una serie de reformas legales que facilitaron el acceso a la salud por parte de la ciudadanía, sin tener mayores obstáculos, particularmente en 2008 con la reforma a la Ley General de Salud, que eliminó algunos impedimentos que no permitían el acceso universal. A lo anterior es importante adicionar lo que afirmaban García et al., (2022):

Aquellas personas diagnosticadas con SIDA y que contaban con seguridad social ligada a una relación laboral tenían acceso a atención médica, hospitalización y tratamientos para el VIH y para las infecciones oportunistas, pero quienes no contaban con seguridad social, tenían que costear su atención y tratamiento, lo que para la inmensa mayoría era imposible (p. 50-51).

Esta enfermedad puso en evidencia el hecho que se necesitaba ampliar la cobertura, y oferta de servicios de salud hacia quienes no contaban con seguridad social, ya que de alguna forma se convertía en un tipo de discriminación por parte de las autoridades de los sistemas de salud. Precisar sobre el proceso en el que un problema se vuelve público, es esencial para comprender la forma en que una epidemia como el VIH se convierte en un problema público objeto de intervención del Estado, de ahí que las OSC existentes en los ochenta fueron fundamentales para la incidencia política y colocar el VIH en la agenda del Estado y de las y los tomadores de decisión, el movimiento social ha sido la piedra angular en torno a la construcción de la agenda pública del VIH en México.

En este orden de ideas, también es importante mencionar que otra prerrogativa a considerar por parte del Estado en materia de cobertura, es el personal de salud que empezó a hacerse cargo de la atención en salud a las personas que contraían la enfermedad y que en sus inicios jugó un rol fundamental en la gestión del VIH, como lo sigue jugando en la actualidad. En la época se emitían lineamientos que iban actualizándose conforme se tenía nueva información sobre la enfermedad, lo que de alguna forma generaba confusiones en la manera en que se atendía a la población usuaria, además de diferentes formas de estigma, discriminación y desinformación, esto fue documentado y denunciado por las OSC.

1.2 Contexto del abordaje de la atención al VIH en Hidalgo

En términos de cobertura por parte del Estado, dentro de los grupos vulnerables, principalmente personas que tienen una orientación sexual *heterodisidente* y quienes se dedican al trabajo sexual, gozan de una cobertura muy mínima por parte de las instituciones. No obstante, la cantidad de políticas públicas específicas ha ido en incremento en los últimos años, como los CAPASITS en la Secretaría de Salud; así como programas estratégicos como el PrEP en los sistemas de salud.

Respecto del contexto de la epidemia del VIH en el estado de Hidalgo y la atención por parte de las autoridades de gobierno, cuando se diagnosticó el primer caso y el rol que se jugó, se retoma lo propuesto por Cerón (2007), quien afirma sobre la atención en salud en materia de VIH en Hidalgo:

Debido a este incremento, surge la necesidad de crear un Modelo de Atención Integral Interdisciplinario para personas que viven con VIH-SIDA y la reubicación del Servicio Especializado de Atención (SEA), con el objetivo de lograr mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por esta enfermedad, permitiendo así conformar un equipo multidisciplinario capacitado y certificado que otorgue consejería y capacitación (p. 9-10).

Esto aunado a otras temáticas como estilos de vida saludable, grupos de pares y atención en distintos niveles de salud. A partir del año 2003 México cuenta con los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), que forman parte del primer nivel de atención en los sistemas de salud en México. Según su manual de organización CENSIDA (2006) los CAPASITS:

Se constituyen como la unidad operativa de las políticas públicas, programas de prevención, atención médica, promoción social, ejecución de recursos y de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA e ITS en el país, que ofrece promoción de salud sexual, mejora el acceso a los servicios ofreciendo atención integral a las personas que viven con el VIH/SIDA e ITS, que incluyen aspectos psicológicos, sociales, culturales y étnicos (p. 10).

La creación del SEA radicó en la necesidad de contar con un espacio de atención específico para este tipo de atención, con un andamiaje institucional que incluye un organigrama con funciones, objetivos, actividades, limitaciones y recursos. En 2008 surge el CAPASITS de Hidalgo, que retoma el papel del SEA y amplía su capacidad de cobertura hacia la población meta de la dicha clínica especializada. García & Mendoza (2022) puntualizan sobre algunos de los factores que obstaculizan la atención plena en salud en el tema de VIH, entre los que destacan insuficientes capacitaciones al personal en tópicos clave como estigma y discriminación.

1.2.1 Deficiencias en el personal

Las problemáticas a las que se enfrenta el personal de salud del CAPASITS en el proceso de salud-enfermedad-atención diaria (Ferreira & Gomes, 2007) no son exclusivas del personal que atiende lo relacionado con VIH, ya que existen investigaciones, como la de Payá et al., (2019) analiza -en el contexto hospitalario de urgencias médicas- aspectos relacionados con la organización hospitalaria, relación personal de salud-paciente, la carrera del residente médico, el quirófano como espacio de enseñanza-aprendizaje; en este contexto se puntualiza sobre trayectorias de procesos hospitalarios y médicos, y la manera en que se gestiona la atención en los hospitales, a partir de jerarquías oficiales y no oficiales.

En el mismo tenor de el contexto de urgencias médicas Lutz (2023) puntualiza sobre el expediente médico como una herramienta de trabajo que atraviesa distintas administraciones y a la vez, atraviesa distintas oficinas y archivos a lo largo del proceso de atención médica diaria en los servicios públicos de salud. El expediente médico tiene un código y un sentido distinto para cada una de las oficinas y archivos por las que va transitando, precisamente porque así como el expediente médico tiene que transitar por distintas oficinas y administraciones, también tiene que transitar por distintas oficinas y administraciones la persona usuaria de los servicios de salud, que en muchas de las ocasiones desconoce sobre los procesos internos que se llevan a cabo en las instituciones de salud, y de las dinámicas de funcionamiento de los entornos hospitalarios, cuya atención inicial se da en el área de *triage*, pero que también puede conllevar un proceso de atención previa, con el

personal de vigilancia del hospital en cuestión; entonces esto reafirma la burocracia que atraviesa a las administraciones públicas en el contexto mexicano.

En este mismo sentido, las relaciones laborales y el desempeño en las áreas de la salud se encuentran estrechamente relacionadas en los entornos hospitalarios de urgencias médicas, en los que se desarrollan relaciones distantes entre el personal de salud y las personas usuarias, teniendo como base el componente de la comunicación desde el personal de salud a las personas usuarias y que desde luego, determina las relaciones que se generan entre ambas, las personas usuarias reportan situaciones como falta de higiene en los hospitales, y tiempos de espera prolongados, previo a recibir atención en salud; lo que a su vez se encuentra relacionado con la cantidad de personas usuarias que deben ser atendidas por un personal de salud cuya cantidad es insuficiente para la demanda de los servicios públicos en salud. De manera que, los malos tratos reportados por personas usuarias pueden aminorarse capacitando ampliamente al personal de salud, y, por supuesto asegurando perfiles idóneos en los procesos de contratación en el marco de condiciones laborales justas y adecuadas, tanto de personal médico, personal de enfermería, personal administrativo y personal complementario en la atención.

Aun cuando la atención en salud por parte de las autoridades de salud sigue siendo la principal, las OSC hidalguenses siguen señalando deficiencias en la atención por parte del personal. Un informe de Servicios de Inclusión Integral y Derechos Humanos A. C. (SEIINAC, 2023) sentencia que se han tenido experiencias de atención de mala calidad, y por eso existe desconfianza hacia las instituciones, estos malos tratos tienen su origen en el personal administrativo, pero también en el personal médico y de enfermería. En el informe también refiere otras consecuencias relacionadas con los desincentivos derivados de la atención inadecuada del personal de salud, como no realizarse pruebas de VIH, no usar condones; y recomienda que se realicen procesos de capacitación al personal de salud para subsanar las deficiencias y situaciones que identifican en su accionar.

En este mismo orden de ideas, el SEIINAC también ha estudiado lo relacionado con VIH y personas privadas de la libertad, en el informe *“Personas Privadas de la Libertad; una mirada a la prevención del VIH/SIDA y la no discriminación”* (2013) refieren que en el Centro de Reinserción Social (CERESO) de Pachuca se han concentrado la mayoría de Personas Privadas de la Libertad (PPL) por su cercanía al CAPASITS de Pachuca; no

obstante, el Centro de Reinserción Social (CERESO) cuenta con área médica, el personal de salud que les atiende es poco, lo que inevitablemente incide en la calidad de la atención que se brinda. El informe plantea la posibilidad de sufrir discriminación por parte de otras Personas Privadas de la Libertad (PPL) o por parte de las autoridades del sistema penitenciario, así como, la necesidad de la impartición de charlas relacionadas con VIH e ITS en los diferentes centros de detención

Es importante establecer que las PPL constituyen un grupo más vulnerable, dentro de la vulnerabilidad que de por sí se tiene en el tema de ITS y VIH, porque además de la posibilidad de gozar de su derecho a la sexualidad en privación de libertad, existen casos de violencia sexual adentro de los centros de detención; frente a los que no necesariamente el personal se encuentra debidamente capacitado. En el tema de pruebas rápidas, por ejemplo, para que se puedan llevar a cabo, se necesitan de condiciones idóneas, sin embargo, el referido informe del SEIINAC (2013) establece que:

Toda consejería en el tema de VIH/SIDA requiere condiciones favorables para que los usuarios sean atendidos de la forma idónea, pero se debe tener en cuenta siempre que factores contextuales pueden hacer peligrar lo requerido, por ejemplo, desde la infraestructura del lugar, hasta la disposición de las autoridades de los centros penitenciarios o según sea el caso (p. 20).

El Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) & Arellano (2008) también reseñan la posible discriminación en el sistema penitenciario, en el sentido de la asignación de celdas específicas para las PPL, y el alcance que esto tiene en términos de atención en salud por parte del personal de salud en el sistema penitenciario. De manera que este tipo de informes como el del SEIINAC, que realizan trabajo de campo en los centros de privación de libertad contribuyen a generar evidencia empírica que sirve de insumo para la toma de decisiones, tanto para las autoridades penitenciarias, como para las autoridades de salud y del CAPASITS, y secretaría de salud.

Un elemento en el que se hace hincapié en el respectivo informe, es que no se garantiza un espacio idóneo para estas tareas, por lo que toca improvisar de acuerdo con la disponibilidad física, además de que no siempre existe la pre consejería, post consejería, con

información científica, asistencia psicológica en caso de desborde emocional; y entrega individual, personal e inmediata de resultados de VIH a las PPL, lo que puede generar la discontinuidad en el TAR y consecuentemente comprometer la salud e integridad por parte de las PPL, mediante el apareamiento de enfermedades oportunistas, además de la identificación de otros factores de riesgo como prácticas sexuales sin protección entre PPL con orientaciones sexuales *heterodisidentes*, entrega de insumos como condones o lubricantes, o, la ausencia de explicación sobre métodos de diagnóstico.

Uno de los grandes *vicios* en los sistemas de salud en México es el exceso de procesos burocráticos, tanto a nivel interno como externo. Por ello, no es descabellado pensar que buena parte del tiempo que el personal de salud debería dedicar a labores clínicas y de atención a las personas usuarias, lo terminen usando en labores administrativas, en *papeleo*, en llenar formularios internos. El SEIINAC (2013) en el informe citado, sugiere que se contrate personal directamente para cumplir con labores administrativas y que el personal clínico atienda a la población usuaria.

1.2.2 Incidencia en la calidad de la atención

En otro orden de ideas, y ya desde la década de los años 2000 se tenía presente que el rol del personal de salud tenía una incidencia importante en la calidad de la atención en salud hacia personas que vivían con VIH, en particular, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) & Arellano (2008) planteaban preocupación sobre la adopción de comportamientos, actitudes y prácticas relacionados con estigma y discriminación, por parte del personal de salud y la manera en la que esto incide en el aumento de fallecimientos por VIH, lo que a partir de Infante & Abreu (2007) consecuentemente genera un deterioro en la relación médico-paciente; esto, además de la atención integral por parte del personal de salud y la manera en que esto incide en la adherencia que puedan tener o no, las personas usuarias en el tratamiento médico.

Entonces el CONAPRED & Arellano (2008) considera que la forma en que el personal de salud ve a las personas usuarias de los servicios de salud especializados en VIH, a partir de las relaciones de poder asimétricas, los sesgos culturales que existen en la atención, la preferencia de ciertos pacientes sobre otros, lo que puede derivar en agresividad, indiferencia o amabilidad; de acuerdo con cada caso, y según el sesgo del personal de salud

hacia la población usuaria. Este tipo de prejuicios ya vienen desde el inicio del VIH en la década de los ochenta, ya que cuando comenzó la enfermedad, pues en la atención diaria a población usuaria hospitalizada el personal de salud atendía a la población usuaria con cubrebocas y guantes, evitaban asear a estas personas porque implicaba contacto físico directo y les dejaban la comida en la mesa contiguo a la cama, para no alimentarles de forma directa.

En la actualidad, y en la atención diaria siguen existiendo algunos escenarios de estigma y discriminación por parte del personal de salud, pues el tipo de respuestas que se otorgan por parte del personal de salud que atiende en el CAPASITS, únicamente refleja la falta de debida *capacitación y sensibilización para la realización de su labor*, y que, en algunas ocasiones, orilla a las personas usuarias a colocar denuncias en diferentes entidades públicas, como la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo (CDHEH), que tiene por objetivo la protección de los Derechos Humanos.

Siguiendo esta línea de pensamiento, desde Rochefort & Cobb (1993) se puede inferir que el contexto en el que se desenvuelve el personal de salud del CAPASITS, y en el que realizan su labor es parte fundamental de la gestión del problema público del VIH en el estado de Hidalgo, entonces el personal de salud como grupo de personas implementadoras, también enfrentan retos y prerrogativas importantes al momento de hacer su labor, mismos que resultan ser silenciosos, y no tienen el mismo auge o acogida que sí tienen las personas destinatarias de la política pública, lo que no significa que no sea un problema público y por tanto, objeto de estudio del campo disciplinario de las políticas públicas. Por ello, las denuncias referenciadas en la CDHEH (2024), dan cuenta de las necesidades en materia de capacitación, que debe recibir el personal de salud, pero también dan cuenta de otras situaciones conexas a las que se enfrenta dicho personal en su práctica clínica.

1.2.2.1 Personal de salud en VIH y Derechos Humanos.

De esta cuenta, en la foja con el expediente CDHEH -VG-0738-18 (CDHEH, 2018) de la se lee el siguiente extracto de una denuncia interpuesta en 2018, en cuyo análisis se concluye que hubo vulneraciones al Derecho a recibir un trato digno y respetuoso, y al Derecho a recibir los medicamentos y tratamientos correspondiente a su padecimiento.

Dado que el quejoso manifiesta que ese medicamento se lo tiene que tomar diario, a lo contestó que NO, que, porque el quejoso ya se le había reprogramado la cita y ya no se tenía espacio, a lo que se le preguntó que, si entonces el señor se tenía que esperar hasta el mes de mayo de este año, para acudir a su cita y se le dé su medicamento, contestando al respecto que *como la persona no estaba para fallecer podía estar sin tomarlo...*" (p. 11).

Una *segunda denuncia* interpuesta en la CDHEH durante la pandemia del COVID 19 también refleja comentarios pasivo-agresivos por parte del personal de salud, y cómo esto incide en la calidad de la atención a la población usuaria, en los niveles de adherencia por parte de la misma, en la continuidad de los tratamientos médicos y por tanto en la garantía del derecho a la salud por parte de las autoridades; este tipo de tratos también refleja la ausencia de la debida capacitación hacia el personal de salud que está a cargo de atender a este tipo de población vulnerable.

Del expediente CDHEH-VG-1139-20 (CDHEH, 2020) se lee,

Por lo que le solicité una constancia para justificar mi inasistencia en el trabajo (...) *y durante la emisión de la constancia me dijo que diera gracias que ya estaba ahí (CAPASITS), que habían personas que se tardaban más y que qué prefería si mi trabajo o mi atención médica*, por lo que me sentí agredido por esos comentarios. Cabe hacer mención que mi cita psicológica es de suma importancia, toda vez que de esta determinará si seré beneficiario de un tratamiento adecuado para mí, con base en salud mental" (p. 1).

Asimismo, el expediente refiere que el quejoso solicitó una constancia de su asistencia para presentarla en su centro de trabajo, le indicaron ir al área de trabajo social; en la que supuestamente le indicaron pasar con otra persona, pero no fue así. La trabajadora social indicó que la directora le había explicado el motivo de cambio de citas, pero el quejoso afirma que nunca interactuó con la directora.

Finalmente, del expediente CDHEH-VG-1139-20 se agrega, que el quejoso resume su queja en que su molestia fue generada por los comentarios realizados por la trabajadora

social, intentando minimizar su inconformidad, por parte de la trabajadora de este centro, pues no esperaba que se intente minimizarle por parte de una *servidora pública*. Entonces, las necesidades de capacitación que tiene el personal de salud del CAPASITS, además de otros matices, lo convierten en un *problema público silencioso*, y, por tanto, objeto de estudio de las políticas públicas, pues claramente, el personal de salud como grupo de personas, no constituyen un grupo prioritario, como sí lo son en otros contextos (Ingran *et al.*, 2007). Un personal de salud capacitado no tendría margen para someter a las personas usuarias, a decidir, entre *su trabajo o la atención*.

1.2.3 ¿Qué sería lo ideal?

El rol del personal de salud del CAPASITS debe tomar en consideración una serie de instrumentos legales que permiten su aplicación práctica, de la que se nutre todo su andamiaje institucional y que estiba en la Ley General de Salud, Ley de Salud para el Estado de Hidalgo, Política Pública Estatal de Salud de Hidalgo, Guía de consejería especializada en Estrategias de Prevención Integral del VIH y otras ITS, Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS, dirigida a personal de servicios de salud; entre otros instrumentos tanto legales como institucionales. Sin embargo, para esta investigación, únicamente se retomará lo planteado en el Manual de Procedimientos del CAPASITS como instrumento de análisis.

Pensando en la manera en que deberían funcionar los sistemas de salud a nivel práctico, lo idóneo sería que se diera cumplimiento a la filosofía institucional; en el caso de programas específicos como el CAPASITS, debiese funcionar con perspectiva de género, respeto a las características de cada persona usuaria, incluyendo su grupo etario, así como su orientación sexual, identidad y expresión de género; además del respeto a los Derechos Humanos; lo que se encuentra regulado en diferentes instrumentos normativos.

Sobre esto, el SEINAC (2023) establece que

La norma subraya la importancia de abordar las necesidades específicas de estas poblaciones a través de *servicios de salud de alta calidad*, enfocados en la promoción de la salud, prevención, consejería, detección y diagnóstico oportunos, atención y tratamiento del VIH, garantizando así un enfoque inclusivo y respetuoso de los derechos humanos (p. 7).

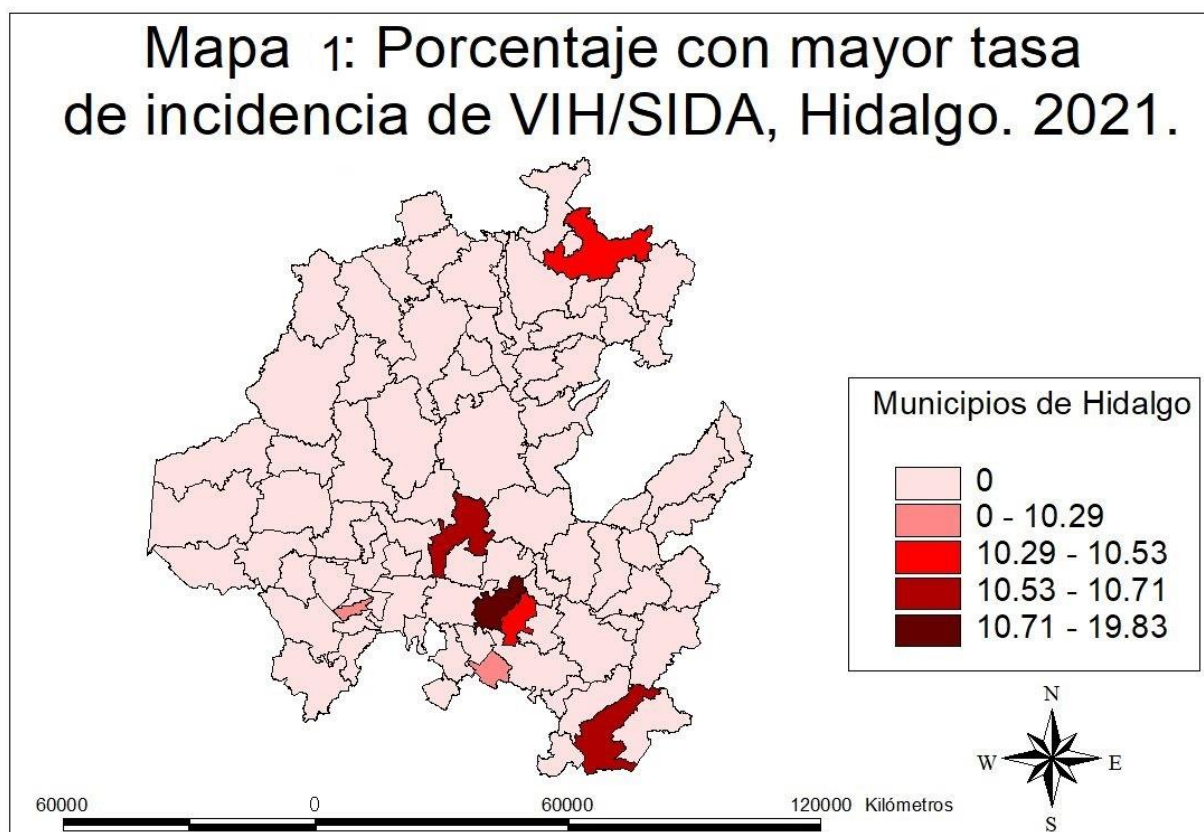
En este tenor, es importante señalar que buena parte de la capacidad instalada que sirve para dar atención en salud a los diferentes grupos vulnerables y que el personal de salud utiliza, se encuentra en las OSC, quienes hasta 2018 recibían apoyo financiero por parte del gobierno. No obstante, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2023) -mejor conocido como ONUSIDA- sugiere en su informe de 2023 que existe una afectación en la atención al VIH derivada de la falta de trabajo en conjunto con las OSC y que esto pone en peligro la lucha contra dicha epidemia.

De manera que, es pertinente señalar que existe una generación de capacidades por parte del personal de las instituciones de salud, desde el apoyo de las OSC, pues son estas las que mediante el trabajo comunitario conocen, apprehenden e interiorizan las necesidades de las poblaciones objetivo de este tipo de clínicas especializadas y que son atendidas por el personal de salud, y se puede ir dinamizando la calidad de la atención que se presta a estas poblaciones, a través del tiempo. Sobre todo, en un estado como Hidalgo, tan diverso, multicultural, multiétnico y plurilingüe; y que se ve muy afectado por la epidemia del VIH.

En este mismo orden de ideas, y al especificar información sobre el estado de Hidalgo, se tiene la siguiente información sobre tasa de incidencia de VIH, que se muestra en el mapa 1:

Figura 2

Mapa 1: Porcentaje con mayor tasa de incidencia de VIH/SIDA, Hidalgo. 2021.



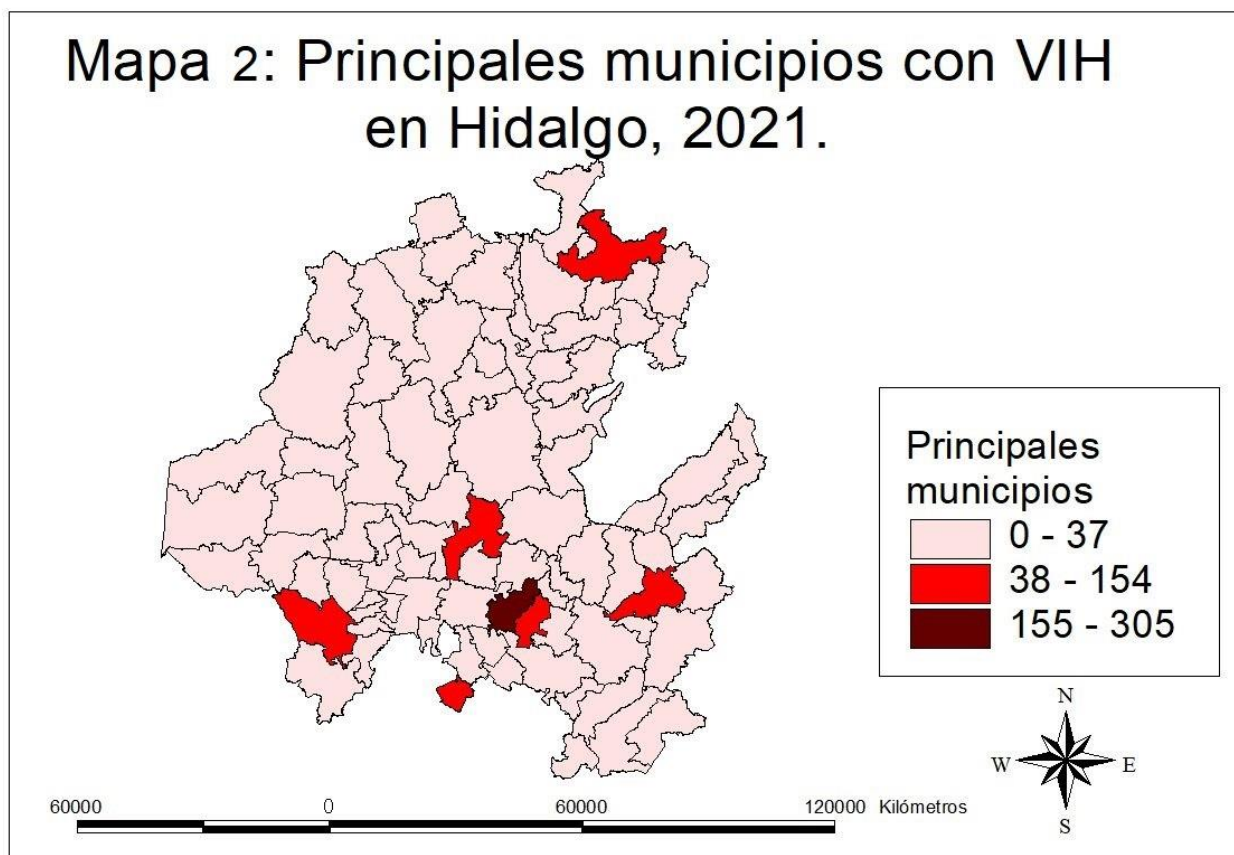
Nota. Elaboración propia con base en el Diagnóstico de Salud de la Unidad Médica Especializada (UNEME) CAPASITS 2021.

Sobre la tasa de incidencia de VIH y SIDA por cada 100,000 habitantes; se tiene a Pachuca de Soto con 19.83, seguido de Apan con 10.71, Actopan con 10.69, Huejutla de Reyes con 10.53, Mineral de la Reforma con 10.46, Villa de Tezontepec con 10.29 y Tlaxcoapan con 10.12.

En el mapa 2 se muestran los municipios donde se registran las mayores cantidades de personas que vive con VIH, se tiene a Pachuca de Soto con 305, Mineral de la Reforma con 154, Tulancingo de Bravo con 87, Huejutla de Reyes con 85, Tizayuca con 69, Tula de Allende con 50, Actopan con 44, Ixmiquilpan con 37, Tepeji del Río de Ocampo con 30 y Zempoala con 30.

Figura 3

Mapa 2: Principales municipios con VIH/SIDA, Hidalgo. 2021.



Nota. Elaboración propia con base en el Diagnóstico de Salud UNEME CAPASITS 2021.

Estos datos muestran que Hidalgo es un estado en el que existe una presencia significativa del VIH, en los distintos municipios y que por ello se realizan diferentes estrategias de seguimiento y de prevención. La dinámica del VIH y la manera en que se dinamiza en términos epidemiológicos requiere un análisis sobre el papel que va jugando el personal de salud, en la atención a la población usuaria de los servicios de salud pública, si bien es cierto que en México ha habido un avance importante en materia de institucionalización de la evaluación de las políticas públicas (Cardozo, 2015), bajo el paradigma de que *no se puede mejorar aquello que no se evalúa*, la realidad es que la importancia del personal implementador de las políticas públicas sigue siendo muy baja en el campo científico y de la evaluación de las políticas públicas, por tanto, no se dimensiona que el personal implementador de la política pública es también personal diseñador de la

misma, desde la confección de manuales técnicos y normativa, hasta mapas de procesos y otros componentes, en consecuencia, su rol es fundamental; adicionalmente, es importante implantar que este proceso conlleve la revisión de otros modelos de salud, en los que exista un mayor desarrollo del rol del personal de salud, para su adaptación y aplicación en México. Debido a esto es fundamental preguntarse, ¿Por qué es relevante realizar una investigación sobre esto?

1.3 Justificación: un problema público silencioso

La relevancia del comprender el rol del personal de salud en la implementación de esta política pública radica en tres columnas.

1.3.1 Personal de salud y grupos vulnerables

En *primer lugar*, porque las poblaciones de alto riesgo –personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans, Intersexuales y Queer (LGBTIQ+) y personas trabajadoras sexuales– constituyen un sector de la población vulnerable que ve limitado el ejercicio pleno de sus derechos en distintos sentidos, incluyendo el acceso a servicios básicos como educación y salud; además de sufrir de estigma y discriminación por parte de las instituciones, por medio del personal de salud. De manera que, estos grupos vulnerables y otros grupos de la población no gozan de la cobertura del Estado, desatendiendo el principio universal de Derechos Humanos de igualdad y no discriminación hacia las personas usuarias. Dicho sea de paso, el Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social (p. 9-11).

Además de esto, el trabajo sexual no goza del reconocimiento del Estado como un trabajo y, por tanto, las personas trabajadoras sexuales no tienen la cobertura institucional desde la legislación laboral, consecuentemente tampoco tienen acceso a seguridad social. De esta manera, la atención brindada por el personal de salud de este tipo de clínicas especializadas son la única cobertura de salud que tienen las personas que ejercen el trabajo

sexual y las personas LGBTIQ+; y, por tanto, se hace necesario que se analice el papel que cumple el CAPASITS en la garantía de su derecho a la salud, desde la perspectiva de las *burocracias de ventanilla*, es decir, del personal de salud que atiende directamente a esta población. Sobre esto, es necesario precisar lo sugerido por Dussauge et al., (2018)

Los BNC³ son responsables de materializar todos los días los objetivos, lineamientos, programas, políticas o regulaciones de las instituciones públicas. Así, los BNC pasan la mayor parte de su tiempo literalmente “a nivel de calle”, para operar los programas, atender a clientes y usuarios, reaccionar ante las necesidades y exigencias de los beneficiarios; es decir, implementando las políticas públicas (p. 11).

1.3.2 Retos en la atención diaria

En *segundo lugar*, porque las clínicas especializadas están diseñadas para constituir un espacio seguro para las personas LGBTIQ+ y personas usuarias que viven con alguna ITS o VIH, en el que habrían de encontrar servicios de salud amigables, libres de estigma y discriminación, con atención y orientación en materia específica de ITS y VIH, con personal de salud especializado en medicina, laboratorio, psicología, farmacia, educación, trabajo social, enfermería, educadores en salud y voluntarios.

Por esto, es adecuado analizar desde el *personal de salud* cuáles son los principales retos a los que se enfrenta el personal del CAPASITS de Pachuca de Soto, al momento de materializar los procesos regulados en los distintos manuales, si existen desafíos específicos por cada una de las áreas del CAPASITS, si hay desafíos generalizados, la gestión de dichos desafíos y cómo esto afecta en la calidad de la atención de los servicios hacia las personas usuarias, en el cumplimiento de metas y objetivos propuestos por la dirección del CAPASITS, en la garantía del Derecho Humano a la salud y en el nivel de adherencia de las personas usuarias de dicha clínica, a los diferentes tratamientos médicos y farmacológicos que existen.

No se puede mejorar aquello que no se evalúa, por ello y siguiendo el planteamiento de Gómez (2003) la mejora en la prestación del servicio público de salud, por parte del

³ Burócratas de Nivel de Calle.

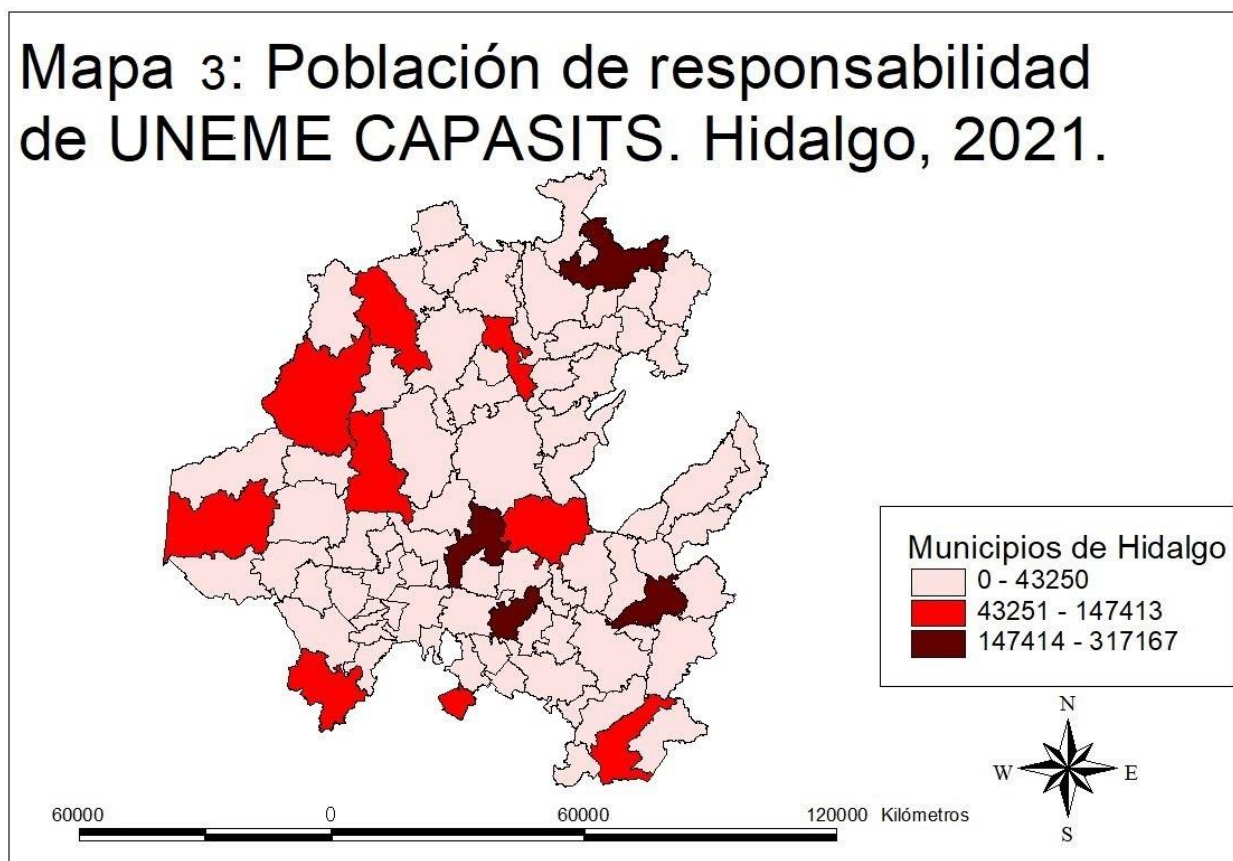
personal de salud que realiza el CAPASITS, es la esencia de esta investigación, pues al estar implicado en la atención directa a la población, son parte la materialización de esta política pública de salud, esto es parte de la utilidad social que toda evaluación debe arrojar, el autor referido, también exterioriza que existen una serie de criterios para la evaluación de servicios, de manera que se considera la *suficiencia* y la *eficiencia*, para analizar el tema de los recursos disponibles para la ejecución de la política pública del CAPASITS y la forma en que en que esto genera impactos y resultados.

Un elemento a considerar sobre la cobertura de salud es que según datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2020a) para 2020; de un total de 3,082,841 de habitantes que tiene el Estado de Hidalgo, existen 2,149,373 de personas que tienen cobertura en salud y tienen la condición de afiliadas, mientras que 928,550 personas no tienen afiliación y 4,918 no están especificados; en este orden de ideas y siempre según datos del INEGI (2020b) del total de población afiliada hay 744,201 que están adscritas al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 221,985 al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); 10,312 al ISSSTE estatal; 34,160 a Pemex, Defensa o Marina; 1,097,048 al Instituto de Salud para el Bienestar; 22,969 al IMSS-Bienestar; 24,978 a instituciones privadas y 21,204 a otras instituciones.

De manera que el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) –institución a la que está adscrita el CAPASITS– es la que cuenta con la mayor cantidad de población afiliada, por lo que este dato numérico refuerza la idea de la importancia de analizar la implementación de una política pública de salud, que tiene cobertura a tan importante cantidad de población. Además de esto, el sistema de vigilancia epidemiológica de VIH reportaba para el cuarto trimestre de 2022 que a nivel país entre 2018 y 2022 se diagnosticaron 78,107 nuevos casos de VIH, de los cuales 1,813 correspondieron al Estado de Hidalgo para el mismo periodo –del total de población afiliada hay 744,201 que están adscritas al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 221,985 al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH, Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles, 2023). En el mapa 3 se muestran las zonas geográficas de mayor responsabilidad del CAPASITS:

Figura 4

Mapa 3: Población de responsabilidad de UNEME CAPASITS. Hidalgo, 2021.



Nota. Elaboración propia con base en el Diagnóstico de Salud UNEME CAPASITS 2021.

Al hablar de la población de responsabilidad de la UNEME CAPASITS; a nivel del Estado de Hidalgo y con relación al VIH, la Secretaría de Salud a través de la UNEME CAPASITS atiende al 68% de las personas que viven con VIH. No obstante, al abordar de manera específica los principales municipios de cobertura del estado, se tiene a Tulancingo con la mayor cobertura con 317,167, seguido de Pachuca de Soto con 280,049, Huejutla con 197,398, Actopan con 177,172, Tizayuca con 147,413, Ixmiquilpan con 126,930, Tepeji del Río con 123,550, Otomi-Tepehua con 115,413, Molango con 101,028, Huichapan con 89,345, Apan con 74,099, Atotonilco el Grande con 73,297, Zimapán con 54,914, Jacala con 54,750, Zacualtipán con 43,250 y Metztitlán con 43,250.

1.3.3 Investigación limitada sobre personal de salud en VIH

En *tercer lugar*, porque desde la academia existen pocas investigaciones sobre este tipo de clínicas desde distintos enfoques, por esto es necesario indagar sobre el rol del personal de salud de este tipo de clínicas especializadas con enfoque de *salud pública, dimensiones sociopolíticas de VIH y burocracias a nivel de ventanilla*. La revista Gaceta (2023) de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo recoge en la entrevista realizada a Ana Duque, por Cruz (2023), entonces:

Duque Mata resaltó que las mujeres y hombres que forman parte de la comunidad LGBTI+ son los más susceptibles a recibir violencias directas e indirectas como una seguida violación estructurada y continua hacia sus derechos humanos. Asimismo, mencionó que se les otorga menos información sanitaria y experimentan día a día una mayor desigualdad y discriminación en los servicios de salud. (s.n.)

Por ello, es imperativo resaltar que el problema de las *dificultades que tiene el personal de salud*, en la atención cotidiana hacia los grupos vulnerables aumentan las brechas para el cumplimiento de las metas 95-95-95 de ONUSIDA, y las propias metas del gobierno de México, la disminución en los niveles de contagio de VIH a nivel estatal y nacional, y de incidencia del mismo; para ilustrar este punto, es importante referir el informe de ONUSIDA (2024) el cual señala el déficit de personal de salud en las instituciones que deben garantizar el derecho a la salud, al mismo tiempo indica la necesidad de formar al personal para realizar un trabajo de mejor calidad, y la manera en que brindar una atención oportuna a las personas que viven con VIH mejora la situación de las personas usuarias de los servicios de salud, pero también del personal de salud mismo, en el sentido que las comorbilidades son menores, por tanto, el tiempo y recursos en la atención en salud en el consultorio, también son menores.

Es innegable la necesidad de abordar estas dificultades desde la perspectiva del personal de salud y de los equipos profesionales de salud, y, siguiendo a Ferreira & Gomes (2007), en el proceso salud-enfermedad-atención diaria; justamente porque desde Tanaka & Melo (2007) el producto de los servicios de salud del CAPASITS es la interacción entre el personal de salud, su manera de entender su rol en el proceso salud; y la población usuaria

del mismo. Lo anterior, además de que ya existe evidencia empírica sobre dificultades identificadas desde otras perspectivas.

1.3.4 Preguntas de investigación

A continuación, se enlistan las preguntas de investigación:

Pregunta principal:

❖ ¿De qué manera el trabajo realizado por el personal de salud del CAPASITS incide en la atención diaria en VIH en el estado de Hidalgo?

Preguntas secundarias:

❖ ¿Cómo se reflejan los *obstáculos externos e internos* a los que se enfrenta el personal de salud en la atención diaria en VIH en el estado de Hidalgo?

❖ ¿Cómo impacta la gestión de *obstáculos externos e internos* a los que se enfrenta el personal de salud del CAPASITS en la atención diaria en VIH en el estado de Hidalgo?

1.3.5 Objetivos

1.3.5.1 General

Analizar el rol del personal de salud del CAPASITS Pachuca de Soto en la atención diaria en VIH entre los años 2018 y 2022; usando metodología cualitativa, mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas y observación no participante como técnicas de investigación, con el fin de sugerir mejoras en la implementación de la política de VIH en el Estado de Hidalgo.

1.3.5.2 Específicos

❖ Determinar la incidencia de los *obstáculos externos e internos* a los que se enfrenta el personal de salud en la atención diaria en VIH en el CAPASITS Pachuca de Soto en la atención en VIH entre los años 2018 y 2022

❖ Explicar el impacto que tiene la gestión de *obstáculos externos e internos* a los que se enfrenta el personal de salud del CAPASITS en proceso salud-enfermedad-atención diaria del VIH en el CAPASITS Pachuca de Soto en la atención en VIH entre los años 2018 y 2022

Una vez definido este panorama, se procede a considerar la información disponible sobre las distintas investigaciones realizadas sobre la temática de VIH y personal de salud, para tener una mejor comprensión del panorama epistemológico del tema. Ahora bien, es importante establecer que para los conceptos de “obstáculos externos” se entienden como todas aquellas situaciones que acontezcan fuera de las instalaciones del CAPASITS y que impidan la adecuada prestación de servicios de salud en VIH; mientras que, para “obstáculos internos” se comprenden las circunstancias que sucedan en las instalaciones del CAPASITS y que no permitan una correcta prestación de servicios de salud en VIH.

Capítulo 2: Estado del Arte: Entre fronteras.

En una ocasión un residente llegó retrasado a la cirugía. Al entrar al quirófano los dos cirujanos ortopedistas –a cargo de la intervención– cruzaron miradas, molestos, mientras al joven médico las enfermeras le ponían la bata y los guantes; en el momento en que se unió a la mesa de operaciones, los cirujanos lo observaron fijamente y le dijeron “Tienes que pagar los desayunos”. El residente en silencio y sin ver a nadie inició sus labores.

(Payá, et al., 2019, p. 306)

Previo a entrar en materia sobre los enfoques teóricos que rigen esta investigación, se hace necesario hacer una revisión de la literatura científica, que ha sido producida durante los últimos años, tanto a nivel internacional, nacional y estatal, para situar la discusión teórica en ese nivel, y comprender, la importancia de la investigación científica en materia de personal de salud que atienden la problemática del VIH e ITS, pues eso contribuye a tener una mejor idea sobre el lugar que ocupa este tema en la discusión académica en el escenario internacional, nacional y estatal, además del trabajo realizado por dicho personal de salud y su incidencia en el aumento de casos de VIH en el estado de Hidalgo, respondiendo a la pregunta de ¿Qué ha teorizado y escrito la academia sobre el personal de salud que atiende la política pública del VIH, a través de clínicas especializadas como el CAPASITS?

Para dar respuesta a esta pregunta, se organiza el presente capítulo, en tres grandes niveles: internacional, nacional y estatal; esto, debido a que el VIH es una epidemia mundial, que ha sido gestionada de diferentes maneras a lo largo y ancho del mundo, desde su mismo surgimiento.

2.1 El personal del VIH a nivel internacional: entre Tijuana y el horizonte

Lo escrito sobre personal de salud en el contexto internacional responde a contextos diferentes, sobre todo porque el tipo de población afectada por el VIH e ITS en otros países es distinto, además de los abordajes que se realizan a partir de otros referentes culturales, como en el caso de Watkins-Hayes et al. (2011), quienes abordan la película "*Precious*", y

la influencia del VIH en la población negra en los barrios pobres en Estados Unidos, que son vulnerables a elevados números de casos de VIH, además del análisis del contexto espacial y su incidencia en nuevos contagios; además de los posibles sitios de respuesta, entre los que se incluyen los servicios de salud relacionados con traumas de la niñez, burocracias de nivel de calle y servicios de salud, y servicios comunitarios de comida y dieta, para mitigar la muerte.

En el caso de los barrios negros se debe tomar en cuenta que existen distintos factores que orientan el comportamiento de su población y que a su vez tiene un contexto bastante específico que se debe tomar en consideración, como el uso de drogas o diferentes sustancias, que se convierten en un matiz adicional, al que se enfrenta el personal de salud de estas comunidades, y que sirve de insumo para atender de mejor manera a este sector de la población. Además de esto, es importante resaltar el uso de un referente cultural del cine estadounidense, como lo es la película "Precious", para establecer algunas antípodas del fenómeno del VIH en Estados Unidos, desde la producción académica y el ámbito científico.

En el contexto europeo, y en particular en Barcelona, Pla et al. (2007) analizan el primer nivel de atención, desde la experiencia de personas migrantes, en el que identifican factores como el abordaje del SIDA como problema sanitario, y no como problema bio-psico-social, en la atención a personas migrantes, además de la poca participación por parte de esta población en la confección de la política de salud que les involucra, también se plantea la insuficiencia de personal para atenderles y el poco tiempo disponible para la consulta, además de la falta de comprensión hacia aspectos culturales propio de las personas migrantes, y una visión intercultural muy pobre, lo que acentúa los prejuicios desde y hacia el personal de salud.

Entre las acciones para la mejora de los servicios, que se sugieren, se encuentra la de incluir más contenidos de carácter sociológico, antropológico o de ciencias sociales en la formación del personal de salud, formación en derechos y deberes, reducción de daños, visión de proceso salud-enfermedad-atención diaria y habilidades en materia de comunicación; además de modelos de atención más holísticos como aquellos basados en la reducción de daños y no solamente en la prevención como modelo clásico de atención.

En cuanto a las fronteras, también son un espacio de análisis muy interesante de tomar en cuenta, pues para el caso del VIH como epidemia, tiene consecuencias importantes en la

ciudadanía, la región de la frontera entre México y Estados Unidos no escapa a esta realidad, (Zúñiga et al., 2012) abordan el nivel de adherencia que a población de origen latino tiene en esta región del mundo, sobre todo si se tiene presente que el sistema de salud estadounidense es distinto al mexicano y los costos de atención en salud son mucho mayores, mucho del logro del nivel de adherencia que se tenga al tratamiento médico, también depende del personal de salud que está a cargo de atender a la población usuaria, tanto en la ciudad de San Diego, California, Estados Unidos y la ciudad de Tijuana, Baja California, México.

Entre los retos importantes a los que se enfrenta el personal de salud para que las personas usuarias de los servicios de salud logren determinado nivel de adherencia, se encuentra las particularidades del sistema de salud estadounidense, cuyo funcionamiento es privado y que de alguna manera dificulta su acceso por parte de la población latinoamericana residente en Estados Unidos, y que se encuentra fuertemente vinculada con su situación migratoria, muchas veces de carácter irregular, pero además otros factores propios de la población usuaria de estos lugares, como su nivel de escolaridad y la calidad de la información sobre VIH a la que tienen acceso, además de otros factores del entorno, como el hecho de estar situado en una ruta "natural" del tráfico de drogas, estos elementos son fundamentales para la toma de decisiones relacionadas con el VIH de ambos lados de la frontera.

A su vez Robertson et al. (2014) evalúan el impacto que tiene las reformas en la política de drogas, sobre las personas que se inyectan drogas en la ciudad de Tijuana, Baja California y San Diego, Estados Unidos; y cómo esto genera una agenda binacional de investigación, pues en el caso de México hubo una reforma importante en la despenalización del consumo de drogas en cantidades pequeñas y para fines estrictamente recreativos; no siendo este, el caso de Estados Unidos; pero que de cualquier forma sigue existiendo un uso importante de drogas inyectadas, sin embargo, en particular, por el tema de drogas inyectadas, de ahí que el estado de Baja California tenga índices de prevalencia y contagio de VIH bastante elevados, lo que puede contribuir a explicar el grado de involucramiento por parte de las autoridades.

En este componente de las fronteras, Rocha-Jiménez et al. (2022) también estudian la frontera sur de México con Guatemala, por la que transita mucha población en la ruta migratoria hacia Estados Unidos, y en muchas ocasiones, la población migrante, en particular

mujeres y mujeres trans, se ven forzadas a ejercer el trabajo sexual, lo que les coloca en una situación de mayor vulnerabilidad (Cruz, 2018), lo que también representa un reto importante para la aplicación de pruebas de VIH, el suministro de kits de prevención y TAR para quienes resulten positivas en las pruebas de VIH.

Desde esta perspectiva es importante enfatizar en los grupos más vulnerables que deben propiciar el acceso a pruebas de VIH e ITS, y el lugar en el que se ejerce el trabajo sexual, de alguna forma es “tolerado”, además del hecho que las investigaciones realizadas en la zona referida, consideran que es importante incrementar el número de pruebas que se llevan a cabo en dicha zona, esto es algo que cobra sentido, tomando en cuenta, que el trabajo sexual por sí mismo constituye un riesgo ocupacional. Al tener en cuenta el componente de las barreras Campillay & Monárdez (2019) entienden la necesidad de abordar el tema del estigma como parte de las barreras para lograr el éxito en la implementación de la política del VIH, lo que se encuentra íntimamente relacionado con las asimetrías de poder existentes entre el personal de salud y la población objeto de intervención por parte de los servicios especializados de salud, lo que a la larga afecta a subgrupos más vulnerables como las mujeres.

En el caso del norte de Ghana en el continente africano Salifu & Hlongwana (2021) analizan lo asociado con la tuberculosis, el VIH y cómo estos dos padecimientos de salud se constituyen como factores de comorbilidad, colocando en peligro los sistemas de por sí frágiles de dicho país africano, además del rol fundamental que juegan los trabajadores de primera línea en el combate a dichos padecimientos de salud, y que de cierta forma se ve limitado, debido a la falta de entrenamiento y capacidades del personal de salud de primera línea.

En este orden de ideas, también se ha teorizado sobre la relación entre VIH y otras problemáticas como el consumo y abuso de diferentes sustancias, y su relación con el VIH y la provisión de servicios de salud, (Meireles et al., 2019) destacan la importancia de los retos y circunstancias biopsicosociales de la población afectada, pero además la identificación de las barreras de atención tan diferenciada que existe entre la población usuaria y los proveedores de servicios de salud, lo que incide en la interacción que la población usuaria tiene con dichos proveedores de salud, esto, en ámbitos como las relaciones interpersonales, relaciones organizacionales y del propio sistema; y desde luego la percepción que la

población usuaria tiene de los servicios de salud, lo que contribuye a entender la importancia del acceso a los servicios de salud básicos para grupos vulnerables.

En contraste con la mayoría de estudios relacionados con las actitudes y comportamientos del personal de salud hacia las personas que viven con VIH, en los que inclusive, se observa que pacientes de origen campesino, sin educación y llamados despectivamente "aldeanos" son menos informados, tratados con menos tiempo, cortesía e impaciencia; se tiene el caso de Ghana, en el que según Dapaah (2016) existe una actitud positiva y colaborativa por parte de personal, que se traducen en buenas prácticas que contribuyen en buena medida a la reducción de muertes por dicha enfermedad, entre algunas de las actitudes positivas hacia las personas usuarias se encuentra la cortesía, apoyo financiero. Un matiz que el autor destaca es que, por la naturaleza de la enfermedad, se establece una relación de por vida entre el personal de salud y las personas usuarias, y, por tanto, la misma debe ser cortés.

Por ello, la falta de información y de recursos para atender a estas poblaciones, y el incumplimiento por parte de las personas usuarias, generan un reforzamiento en los estereotipos que existen por parte de la población usuaria hacia los servicios de salud, y viceversa, adicionalmente, se plantea la falta de colaboración entre instituciones de salud como un reto adicional para la atención a la población usuaria, lo que en México podría entenderse como la falta de coordinación y colaboración entre las instituciones que forman parte de los sistemas de salud, de ahí que la integración entre proveedores y personas usuarias de los servicios de salud es clave para el éxito en la implementación de la misma.

Siguiendo en el continente africano, Nkosi et al. (2019), exploran las experiencias que ha tenido la población adolescente en el uso de servicios especializados de salud en materia de VIH, los desafíos en materia de manejo de determinados conceptos y puntos de vista sobre la cultura en la que no son bien vistas las relaciones sexuales antes del matrimonio, determinan en buena medida la calidad de los servicios que el personal de salud provee a la ciudadanía, pues además de otros factores que de alguna manera se podrían considerar como "clásicos" (tiempos de espera, distancia y facilidades de transporte) también se considera como factor adicional ciertas actitudes negativas por parte del personal de salud.

También se consideran las características de las siete etapas de la candidatura de una persona usuaria para tener ciertos servicios de salud, como la identificación de la candidatura,

en la que una persona se asume como candidata/o para recibir determinados servicios, y que usualmente puede ocurrir hasta que una persona ya está bastante enferma o tiene complicaciones de salud, derivadas de no haber recibido atención médica de manera previa, en algunos lugares se busca atención en salud por parte de otro tipo de proveedores, como curanderos, farmacias particulares y en el sistema privado, lo que de alguna manera se encuentra relacionado con el estigma que se vive por vivir con VIH.

De igual forma la navegación de los servicios, permite conocer cómo interactuar con los servicios en relación con la candidatura identificada, los tiempos de espera para pasar consulta, además de las distancias que implica para la población usuaria, el hecho de llegar hasta la clínica especializada donde deben pasar consulta; la permeabilidad de los servicios, en la que se encuentra incluida el nivel de explicación, la complejidad de los sistemas de referencia y la alineación cultural entre personas usuarias y los servicios de salud, que entre otras cosas también considera la percepción y el estigma desde el personal de salud hacia las personas usuarias y viceversa; la presentación hacia los servicios de salud por parte de la candidatura, que tiene que ver con las acciones a nivel individual que se toman entre las personas usuarias y el personal de salud, esto representa cierto nivel de frustración para las personas usuarias, debido al estrés que deben pasar para recibir atención en salud de mala calidad. Pero también (Persson et al., 2023) se ha examinado el tema de la normalización de las parejas serodiscordantes, y el rol del personal de salud en la promoción de este, "tratamiento equivale a la normalidad" (p. 26).

Al pensar en casos específicos se puede plantear el de Colombia, en el cual, según Troche (2024) se entiende que el rol que juega el personal de salud puede favorecer o impedir, justamente porque por parte del personal de salud aún existe desconocimiento sobre el VIH (Bermúdez-Román et al., 2015), y se evidencia la reproducción de ciertos mitos en la interacción con la población usuaria, dicho sea de paso, la distancia entre las clínicas especializadas y la carencia de personal de salud especializado son matices adicionales que dificultan la atención en salud a las Personas Viviendo con VIH y SIDA (PVVS), o el caso de Brasil, en donde Sánchez & Huyhua (2019) identifican que temor del personal de salud en el sentido de atender a las personas usuarias por miedo a contagiarse de VIH.

Empero, en contextos como el de Estados Unidos (Crockett et al., 2022) consideran que las intervenciones relacionadas con la reducción de estigma y discriminación por parte

del personal de salud está relacionado con la participación de personas con VIH, pues, además de los estigmas "clásicos" que existen, se suman el racismo, en razón de los múltiples orígenes nacionales conviviendo en un solo territorio, y desde luego el dominio del idioma inglés; no obstante, también afirman que es necesaria la participación de otro personal de salud como recepcionistas, personal administrativo, y de otras especialidades médicas que tengan contacto con PVVS.

La adjudicación y validación por parte de profesionales tiene incidencia en otros servicios de manera subsecuente; en la oferta y resistencia a los servicios, que enfatiza en el seguimiento de manera apropiada o inapropiada y cómo se debe interactuar o no con los servicios de salud, y la forma en que el personal de salud gestiona los servicios que provee, en muchas ocasiones basada en prejuicios y sus propias creencias, lo que incide de manera directa en la calidad de los servicios de salud que se proveen; finalmente las condiciones de operaciones y producción local de la candidatura, que incorporan decisiones sobre provisión de servicios subsecuentes de salud, que contribuyen al desarrollo de relaciones entre el personal de salud y las personas usuarias, a partir de algunos encuentros, también está relacionado con la falta de medicamento en algunas clínicas, la falta de un espacio adecuado para la consulta médica, en consecuencia, la falta de confidencialidad y comodidad para recibir atención médica, llegando a recibir atención médica incluso afuera del edificio, por la sobresaturación del servicio.

A lo anterior, se suma también el tema de los pueblos indígenas que enfrentan brechas de desigualdad relacionadas con el acceso a los servicios de salud, en el caso de Guatemala, los obstáculos a los que se enfrentan los pueblos indígenas para el acceso a la salud, en muchas ocasiones son generados por las mismas instituciones a través de sus burocracias de calle, Chary et al. (2016) no dejan de mencionar las barreras lingüísticas e idiomáticas a las que se enfrentan al momento de la consulta médica, y desde luego su bajo nivel de escolaridad, lo que genera un limitado capital cultural; lo que implica la reproducción de inequidades coloniales y post coloniales, esto es un problema urgente de resolver, y parte de su resolución podría provenir por parte de diferentes organizaciones de servicios de salud que tienen capacidades instaladas y que ya operan en Guatemala, en el caso expuesto, se establece que el personal de salud es clave para el funcionamiento del sistema de salud, pero que en muchas ocasiones llevan a cabo su labor en maneras que no son comprensibles o

convenientes para las personas usuarias, cuyo origen étnico-cultural son los pueblos originarios, en este caso en particular, los pueblos mayas.

Tomando como referencia a Guatemala la Alianza Liderazgo en Positivo y Poblaciones Clave (ALEP+PC, 2025a), sugiere que para gestionar la discriminación y estigma en los servicios de salud se deben elaborar protocolos específicos de atención, así como manuales; lo que contribuiría a reducir la animadversión hacia las personas usuarias de drogas, parte de la animadversión implica inferir que la situación de consumo de drogas se encuentra relacionada con el VIH. En el estudio se sugiere la promoción de entornos libres de discriminación y estigma, pues parte de estas situaciones se traslada en los entornos carcelarios; puesto que también se tiene que lidiar con la cantidad de personal de salud en lugares con alta presencia de pueblos originarios es baja, el estudio relata que el personal de salud de mayor edad es quien tiene más prejuicios, donde además existen sesgos de raza, sexo y género, lo que obstaculiza el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva integrales. En esta misma línea, se menciona la carencia de personal de salud mental y que esto no es visto como una prioridad, lo que también incide en la adherencia a los tratamientos médicos.

En la región centroamericana, el personal de salud que atiende personas que viven con VIH enfrentan retos muy particulares, como el de gestionar la atención de este problema de salud pública a personas que utilizan sustancias y distintos tipos de drogas ALEP+PC (2025b), lo que genera que el trato del personal de salud tenga una carga de humillación y estigma, el informe también señala que las garantías de no discriminación no son respetadas, debido a los patrones de estigma y discriminación institucionalizados en el aparato público, el informe especifica escenarios como Perú, en donde las personas entrevistadas señalaron la carencia de información adecuada sobre el uso y consumo de sustancias por parte del personal de salud, en los distintos servicios de salud, incrementando con esto las barreras de acceso a servicios de salud amigables y de calidad.

En el contexto hondureño (ALEP+PC, 2025c) se señala la sensibilidad escasa en el proceso de atención por parte del personal sanitario, maltrato institucional, negación de servicios médicos, ausencia de pre y post consejería por parte del personal de salud. El informe sugiere no circunscribir la atención en VIH hacia mujeres -específicamente el diagnóstico- hacia la parte reproductiva; por ello, para las personas entrevistadas es

primordial establecer una relación de seguimiento y confianza con el servicio de salud y su personal médico, sin que esto se circunscriba a lo farmacológico o clínico, al haber confianza se vuelve más fluido el paso por los distintos servicios de salud; entonces a mayor confianza en el personal de salud, mayor adherencia al tratamiento médico; lo que no siempre se logra, si se toma en cuenta la estabilidad laboral y permanencia del personal de salud en los servicios donde las poblaciones clave son atendidas, contrario a esto, a estas poblaciones les toca enfrentar comentarios poco adecuados y prácticas arbitrarias ejercidas por el personal de salud en las distintas áreas de los centros de salud, incluyendo violencias específicas como la de tipo obstétrica.

Adicionalmente, se reconoce la barrera que representa dicho estigma y discriminación desde los servicios de salud, incidiendo en la adherencia terapéutica y la calidad de la atención; lo cual ha alcanzado la esfera de las PPL, y de las instituciones que conforman los sistemas de justicia. Por ello, no es extraño que desde la ciudadanía se tenga una imagen de desconfianza hacia los servicios públicos que incluyen componentes de Salud Sexual y Reproductiva. El informe sugiere la inclusión de mandatos legales en procesos de capacitación, que contribuyan a disminuir espacios de estigma y discriminación en temas como uso de drogas, no discriminación, Reducción de Daños, Derechos Humanos y VIH; con esto, también se evitaría lo señalado en el informe sobre la barrera del condicionamiento al Tratamiento Antirretroviral (TARV), PrEP y Profilaxis Post Exposición (PEP) a personas usuarias de sustancias, incrementando; además de generar entornos libres de estigma y discriminación para las personas usuarias y el personal de salud.

Bajo esta perspectiva, se señala la incapacidad del personal de salud para manejar a personas usuarias de drogas que viven con VIH, debido a que asumen que este tipo de población no es adherente al tratamiento, además de no proporcionar información adecuada sobre el tratamiento médico, lo que genera espacios de dudas que no son correctamente evacuadas; fomentando la necesidad de capacitar al personal de salud, dejando de lado entornos hostiles, para convertirse en entornos amigables, sin discriminación ni estigma, reconociendo la importancia especial que reviste para el personal de salud la atención a personas que viven en situación de calle; un matiz adicional en el esfuerzo que el personal de salud debe llevar a cabo para promover la adherencia de las personas usuarias, frente a un

contexto en el que no existen suficientes clínicas para atender la creciente demanda de servicios públicos de salud.

Al especificar sobre las limitaciones a las que se enfrentan las mujeres que viven con VIH en Honduras ALEP+PC (2025d), se hace referencia a la Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA), que entre sus deberes por parte del personal de salud, tiene la de proporcionar la atención en salud sin ningún tipo de restricción. Respecto de la pre y post consejería, el estudio refirió que la cantidad de mujeres que la recibieron es muy baja, al puntualizar sobre la contención, se indica que el sendero por los servicios de salud se vuelve menos complicado, a su vez, suscitando el sostén de los tratamientos; por el contrario, la ausencia de un rol pro activo del personal de salud puede convertirse en un tipo de violencia institucional en la que también confluye las relaciones asimétricas de poder entre el personal de salud y las mujeres que viven con VIH; este informe sugiere la capacitación del personal de salud que ejerce sus oficios en el área periférica o rural. El estudio destaca el ingreso de mujeres al personal de salud, en distintos servicios especializados, lo que aminora la distancia entre el personal de salud y las personas usuarias.

En el caso de El Salvador (ALEP+PC, 2025e) el informe relata experiencias de discriminación y estigma sufridas por el personal de salud, las personas usuarias de drogas también reciben discriminación al momento de buscar atención en salud, específicamente al buscar atención en materia de Hepatitis, una comorbilidad que podría estar vinculada con el VIH. En cuanto a las PPL, Existe una percepción negativa sobre los centros de detención, en donde se violan Derechos Humanos, pero el caso se agrava más, cuando se trata de personas que viven con VIH, o que tienen padecimientos de salud crónicos. Por esto, también se sugiere impulsar procesos de capacitación al personal de salud, impulso de procesos de formación continua, en los que también se contemple lo relacionado a su sensibilización; lo que deviene en la generación de un entorno seguro respetuoso de Derechos Humanos e inclusivos y por tanto, una atención sanitaria efectiva.

Seguidamente con el territorio centroamericano, y específicamente en Nicaragua (ALEP+PC, 2025f) se se en algunos momentos se ha enfrentado negativa del personal de salud para dar atención adecuada. De hecho, se han establecido mecanismos legales para interponer denuncias frente a escenarios de discriminación y maltrato por parte del personal de salud, a personas usuarias, por motivos como expresión o identidad de género, orientación

sexual, estado serológico positivo o ejercer trabajo sexual. En este orden de ideas, se plantea que la calidad de la atención brindada por el personal de salud incide directamente en la adherencia a los tratamientos médicos. De esta cuenta, se sugiere la promoción de entornos libres de estigma, discriminación y amigables con las personas usuarias, evitando así la violencia institucional, debido a que los espacios de discriminación en los servicios de salud constituyen un desincentivo para acudir a la consulta médica, por parte de la población usuaria, este fenómeno se acentúa en los contextos rurales, donde la disponibilidad de servicios de salud es bastante menor que la disponible en contextos urbanos. Esto, sin dejar de mencionar que las personas usuarias de drogas ven limitado en mayor manera su acceso a servicios de salud

Continuando en Centroamérica, y para el caso de Costa Rica, en un estudio sobre personas que viven con VIH y que son usuarias de drogas (ALEP+PC, 2025g), se evidencian tratos estigmatizantes y con una fuerte carga de humillación por parte del personal de salud, principalmente por prejuicios relacionados hacia el consumo de drogas, que además no tiene sensibilidad, carece de la preparación adecuada para atender a la población usuaria, no explora sobre sus necesidades de atención en salud, no provee información sobre PrEP, PEP en el marco de las estrategias de prevención combinadas; esto genera un ambiente hostil que hace difícil el acceso al resto de la oferta de los servicios de salud. El informe sugiere capacitación hacia el personal de salud en temáticas como VIH, salud sexual y reproductiva, especificidades de poblaciones clave, sustancias como la "naloxona" y reducción de daños; además de esfuerzos para crear entornos sin estigma ni discriminación

En el caso de Panamá (ALEP+PC, 2025h) se identificaron limitaciones en la información sobre reducción de daños y sus estrategias y VIH; además de sugerir capacitación al personal para proveer atención sin prejuicios reduciendo los entornos deshumanizantes generados por esta falta de capacitación, pues en la actualidad esto forma parte de la atención proveída, por ejemplo, a través de comentarios inapropiados lo que se traduce en entornos poco amigables y tratos irrespetuosos; esto sumado a la punitivización del consumo de sustancias, que obstaculiza la adecuada atención en salud trascendiendo a otras esferas como la posible propagación de su estado serológico en los centros penitenciarios, para el caso de las PPL.

Al abordar el contexto panameño (ALEP+PC, 2025i) y la situación de las mujeres que viven con VIH, también se identifica la falta de confidencialidad por parte del personal de salud en el manejo de la información sobre el diagnóstico de VIH, sumado al impacto emocional que genera recibir esta noticia para las mujeres, pues la carga de estigma es inclusive más alta que hacia los hombres, asumiéndola inclusive como una forma de "castigo moral". Los maltratos percibidos por la población usuaria se encuentran vinculados con la ausencia de vinculación entre esta población y el personal de salud; de hecho en otras áreas médicas como ginecología, las usuarias prefieren no informar sobre su estado serológico, para no recibir tratos estigmatizantes, inclusive en el momento del parto. En suma el trato inadecuado genera importantes daños a las personas usuarias.

Para ilustrar el tipo de violencias que se viven en Panamá, una de las entrevistadas manifestó:

“P: Cuando a ti te hicieron tu prueba de VIH, ¿a ti te dieron alguna consejería antes de hacerte la prueba?

R: No.

P: ¿Y después de haberte entregado los resultados?

R: Tampoco y me decían que me iba a morir” (Panamá). (p. 40)

Entonces la falta de capacitación genera el efecto contrario a la provisión de servicios de salud, en lugar de generar seguridad y certeza, genera temor y falta de certeza hacia el hecho de vivir con VIH, conjuntamente, la actitud del personal de salud dinamiza la adherencia a los distintos tratamientos médicos, parte de esta actitud es el irrespeto a la identidad de género como la transfobia, violencia obstétrica, conjeturas de la vida personal, como la falta de cuidado o una vida irresponsable y falta de escucha activa. Por tanto, el reconocimiento de equipos de salud en los cuales confiar es fundamental en el proceso de atención en VIH.

Sin dejar de lado, el caso de contextos como el de Suramérica, en Bolivia, en particular en la ciudad de Cochabamba, rodeada por comunidades indígenas y en la que según Valdez et al. (2020) existen conocimientos limitados sobre VIH, SIDA y sexualidad, lo que es consecuencia de la no impartición de procesos formativos como talleres, formación

continúa y la ausencia de incentivos para el aprendizaje autogestionado. Siempre en Bolivia (ALEP+PC, 2024j) se señala la prevalencia de la vulneración del diagnóstico en cuanto a la confidencialidad que debe guardarse del mismo, pues el personal de salud está obligado a respetar la confidencialidad del diagnóstico y no revelarlo; además del estigma hacia las personas usuarias, particularmente mujeres; dadas las consecuencias generadas por el estigma y la falta de confidencialidad en el diagnóstico, este informe señala como consecuencias el aislamiento y estigmatización propia, uno de los cuales es la falta de un acompañamiento adecuado para el goce de la sexualidad por parte de las personas diagnosticadas con VIH y en el caso de las mujeres, su deseo de ser madres, además de los cuestionamientos que se dan por parte del personal de salud hacia las personas usuarias de los servicios de salud, por el tema de sus prácticas sexuales; esto forma parte de un componente de mayor envergadura, la actuación del personal de salud responde al desconocimiento de este, sobre temas paralelos a VIH, traducéndose en posibles casos de maltrato y violencia institucional, consolidando la importancia de la capacitación.

Este informe sugiere la puesta en práctica de respuestas integrales, respondan al contexto de las personas que viven con VIH, específicamente de mujeres, mejorando en elementos como consejería, descentralización de la atención y respetando la confidencialidad del diagnóstico; lo que generaría mejoras en los servicios de salud internos de las clínicas especializadas de atención a personas que viven con VIH como nutrición, psicología, odontología, enfermería y medicina, pues una atención de calidad acerca a las personas a la consulta médica, una atención de mala calidad aleja a las personas de la consulta médica.

Este mismo informe, también considera que el conjunto de acciones implementadas en la política del VIH tiene repercusiones a gran alcance, inclusive en el aumento de la esperanza de vida de las personas que viven con VIH, lo que reafirma la necesidad de capacitar y formar al personal de salud que está en la primera línea de atención en VIH, en los distintos sistemas de salud; esto también conlleva la prevención de transmisión vertical de VIH, durante el proceso de gestación, un fenómeno que ya ha sido ampliamente estudiado en América Latina, y respecto del cual se tienen muchos avances en su gestión.

De esta cuenta, la capacitación y formación aminora los márgenes de generar daños colaterales, como la sola noticia del diagnóstico de VIH hacia una persona usuaria, la cual puede generar impactos psicoemocionales importantes, sino se generan las condiciones

adecuadas para informar sobre el diagnóstico, mediante la consejería de calidad, siguiendo lo propuesto por las GPC, entonces el rol del personal de salud en la transmisión de la información sobre el diagnóstico de VIH o bien puede ayudar a la persona a procesar de manera adecuada esta noticia, o bien puede catalizar factores psicoemocionales que generan daños colaterales, específicamente cuando el diagnóstico por VIH conlleva una carga de estigma en forma de “castigo” por parte del entorno social de la persona diagnosticada, y también por el personal de salud; lo que a su vez reafirma la necesidad de una consejería de calidad, la cual favorece a reducir la discriminación en el proceso de atención sanitaria, y el pleno goce del derecho a la salud, aspectos que han sido documentados en temas como la *transfobia, violencia obstétrica, conjeturas sobre las personas usuarias y su estilo de vida* como uno de tantos ejemplos en la atención diaria.

La constante en Bolivia, de acuerdo a ALEP+PC, (2025k) es la necesidad de capacitar al personal que tiende a personas usuarias de drogas que viven con VIH, debido a que en contextos de privación de la libertad se han registrado abusos por parte del personal de salud y de seguridad; entonces las capacitaciones aminoran los espacios de discriminación y consecuentemente se perfecciona la calidad de la atención en los entornos de atención médica; sobre esto, el informe refiere un ejemplo de atención en el marco de la capacitación hacia personas trans, cuyo nombre en el expediente médico y credencial de salud puede variar con el nombre escrito en el documento de identidad, también la no discriminación a la niñez que vive con VIH. Este informe sugiere la mejora en la calidad de la comunicación entre el personal de salud y las personas usuarias, sobre todo en contextos rurales donde existen carencias de infraestructuras tecnológicas, sin dejar de lado la creación de plataformas de información con recursos sobre VIH.

Al mismo tiempo, se agrega el aumento de barreras de acceso a servicios de salud hacia personas usuarias de drogas que viven con VIH, y las limitaciones que han sido incluidas en la legislación sobre esto se sugiere hacer uso de los mecanismos de protección en materia de Derechos Humanos, que les faciliten el acceso a servicios de salud, así como el acceso a tratamientos antirretrovirales sin condiciones, además de programas específicos de reducción de daños; identificando también, espacios de violencia institucional y falta de infraestructura.

En Ecuador (ALEP+PC, 2025l), se aborda de manera superficial algunas de las patologías que padece la población atendida en los sistemas de salud, pues los atribuyen al consumo de drogas, sin examinar otras posibilidades, algo que también acontece con el personal de salud mental que labora en los servicios de salud, y que incrementa el nivel de discriminación y estigma por parte del personal de salud en general. Al desbaste de medicamentos, también se suman los tratos discriminatorios y estigmatizantes en las zonas rurales de este país, por parte del personal de salud, alimentado por la falta de normativa que regule estos procedimientos, generando barreras adicionales en el acceso a los servicios de salud de calidad, en donde además, las personas usuarias deben enfrentarse a juicios morales y discriminación por parte del personal de salud. A esto se adiciona, la falta de conocimiento en temas como salud sexual y reproductiva; razón por la que se proponen procesos de capacitación, con información actualizada y basada en evidencia; esto permitiría resignificar los actuales entornos hostiles por entornos amigables, sin discriminación ni estigma.

Analizando la situación particular de Paraguay (ALEP+PC, 2025m), se tienen enlistadas una serie de acciones de atención y promoción, de la normativa propia de este país, entre las que se encuentra la formación al personal de salud en temas de diagnóstico, manejo de VIH y prevención; con la participación de organizaciones de mujeres en la confección de programas de formación. Es un caso muy paradigmático, que se encuentra ilustrado por ejemplos de violencia institucional recibidos por parte del personal de salud, como las formas en que se transmite la noticia de vivir con VIH, la cual puede tener una incidencia importante en la salud de las personas que la reciben, dejando de lado la violencia desde el sistema de salud, como paradigma de atención.

De manera que, las personas entrevistadas en este estudio insisten en la idea de tener personal de salud que les acompañe y comprenda, en lugar de juzgarles, pero el proceso para generar confianza entre el personal de salud y las personas usuarias puede ser largo, aunado al hecho que la rotación de personal es alta, y por tanto, no existe una permanencia del personal de salud en las instituciones. En Paraguay también se repite el patrón de omitir el estado serológico al momento de pasar consulta con ciertas especialidades médicas, por el temor a recibir algún tipo de juzgamiento, llegando al punto de inhibirse de recibir atención médica en otras especialidades para no ser juzgadas, por ejemplo, en odontología.

De la misma manera (ALEP+PC, 2025n), prevalece el estigma hacia los programas de reducción de daños, para personas usuarias de drogas; lo que ratifica la necesidad de capacitar al personal de salud, específicamente para que brinden un trato justo, libre, respetuoso de discriminación y estigma. Una de las estrategias para fomentar la empatía ha sido precisamente la inclusión de consejeros pares en los equipos de salud; lo cual tiene sentido, pues también el estudio confirma las deficiencias en los procesos de comunicación asertiva del personal de salud, dicho sea de paso, se reconocen las áreas de oportunidad en materia de aprendizaje para tener un servicio sin estigma, el cual se genera en distintos temas, pero particularmente en el consumo de drogas, razón por la que algunas personas usuarias asumen la autocensura como una manera de cuidarse frente al estigma y discriminación, debido a que el no revelar su estado serológico es un mecanismo de autodefensa frente a la discriminación.

En Perú (ALEP+PC, 2025o) existe una percepción negativa de la atención de personas que consumen drogas y usan servicios de salud, por parte del personal de salud, inclusive en la deshumanización del trato, aunado a la rotación elevada del personal; esto tiene un alcance hacia la paralización de aplicación de protocolos de atención diaria, como el uso del nombre social en personas trans. Esto significa que aún y cuando se apliquen procesos de formación al personal de salud, su sostenibilidad se ve amenazada por la rotación elevada del personal de salud, inclusive en otras esferas como la detección de comorbilidades que transversalizan al VIH y los efectos secundarios de la ingesta de medicamentos paralelos al TARV, y sus interseccionalidades. En Perú se afirma que parte de los tratos hostiles del personal de salud a las personas usuarias responde a su sobrecarga de trabajo, lo que no compagina con los procesos de formación en el que se desmitifican algunos patrones de comportamiento.

Siguiendo en Suramérica y considerando casos de profesiones específicas del personal de salud, se plantea la importancia de la odontología en la salud de la cavidad bucal de las personas que viven con VIH, un estudio realizado en el sector público venezolano (Dávila & Gil, 2007) señala que casi la mitad del personal odontológico entrevistado tiene una actitud negativa hacia las personas usuarias; de hecho, de todo el personal de salud que constituye un núcleo básico de atención, el personal de odontología es quien muestra un mayor rechazo hacia las personas que viven con VIH con todo y el hecho que poseen un buen

conocimiento sobre este tema, a su vez, se propone una serie de estrategias para sensibilizar al personal odontológico, para aminorar el estigma y actitudes negativas que existe en el proceso de atención.

Debido a las grandes dificultades –documentadas por la investigación científica– a las que se enfrentan las personas que viven con VIH, y siguiendo en Suramérica, en Brasil (Aguiar et al., 2019) en particular se reconocen estrategias como el ocultamiento del diagnóstico de VIH por parte de las personas usuarias hacia el personal de odontología, debido a que se conoce, que cuando se revela dicho diagnóstico, la actitud del personal odontológico cambia en sobremanera; de hecho, al profundizar sobre las preguntas del estudio, para la pregunta de “¿Usted se siente discriminado por dentistas? Se señala un 27% de respuestas afirmativas; en el caso de la afirmación “Evitar decirle al dentista que es seropositivo, ¿garantiza, en su opinión, que el tratamiento va a ser ejecutado?” Se tiene un 57% como respuesta afirmativa y un 36% como respuesta negativa, reforzando los estereotipos que se tienen hacia las personas usuarias de servicios de salud públicos odontológicos; a su vez, la autora sugiere que el personal de salud debe tener información sobre el VIH, de manera que esto tenga influencia directa en el cambio de comportamiento y de la forma en que se aproxima a sus pacientes.

En Chile, se reconoce la importancia del personal de enfermería mediante la investigación científica, aunque también este personal enfrenta ciertos temores en el proceso de atención a las personas que viven con VIH, lo cual resulta interesante, si se considera que desde la perspectiva del personal de enfermería, la atención brindada hacia las personas usuarias *seronegativas* es igual que con las personas *seropositivas*, resaltando la vinculación afectiva que el personal de salud puede llegar a desarrollar con las personas usuarias, de manera que, el personal de enfermería es piedra angular en el proceso de cuidados de las personas usuarias, inclusive con el hecho de cambiar ciertos paradigmas que las propias personas usuarias tienen sobre el hecho de vivir con VIH; al mismo tiempo resaltan la ausencia de disponibilidad de tiempo en el horario de trabajo para participar de manera más proactiva en el proceso de salud-enfermedad (Castillo et al., 2018), y como gran aspecto de mejora, la vinculación que se genera entre las personas que viven con VIH y su entorno familiar y cercano; lo cual también es aplicable para el componente de lactancia materna, (Carolino et al., 2012), pues el rol del personal de enfermería es importante para lograr

resultados en este tema; por ello, también existen otras investigaciones de revisión (Conejeros et al., 2010), en las que se destaca una mejora en las percepciones, actitudes y prácticas del personal de enfermería hacia las personas que viven con VIH.

En Paraguay queda de manifiesto el estigma y discriminación que aún hoy en día ejerce el personal de salud hacia las personas usuarias, para ilustrar esto, vale la pena citar el informe de ALEP+PC, (2024p) del cual se desprende el siguiente testimonio

La persona que iba a hacerme mi curación se ponía doble guante. Yo me sentí mal en ese momento, me sentí muy mal, pero pensé que las personas que estaban en el hospital, los profesionales, iban a saber que no era que si usaban doble guante iban a protegerse más, al contrario, era que ahí te ibas a infectar más, y usaban el doble guante... Al final veo que la discriminación está por todos lados, *los profesionales de blanco son los que más discrimina a la gente. Lastimosamente yo digo que los profesionales de blanco siguen discriminando*” (Grupo Focal Paraguay). (p. 109)

En este mismo informe, en el apartado de sugerencias se recomienda la extensión de programas de capacitación que apunten a la actualización y que tengan como componente clave, la sensibilización del personal de salud, aminorando espacios de estigma y discriminación.

A su vez, se plantea la atención farmacéutica como componente clave para la atención a las personas usuarias de los servicios de salud (Ventura, 2004); parte de esta mejora, también reside en planes específicos de mejora (González, 2006) realizados desde las Universidades que imparten carreras relacionadas con ciencias de la salud, y en particular con farmacéutica. En Canadá, se considera que el rol del personal de trabajo social en la atención a las personas usuarias de servicios de salud dirigidos a VIH (Labra, 2011), en el sentido de la evolución que este rol ha tenido, en la actualidad se asume como una labor de cuidado, pues así han evolucionado el resto de las profesiones de las ciencias médicas que atienden a las personas usuarias. En el caso de España, se entiende la importancia del rol del personal de salud en la atención primaria (Danet et al., 2012) y se sugiere su activa participación con relación a campañas de prevención que orienten mensajes dirigidos a la

población. En la India (Verma, 2020) se destaca la importancia que juega el personal de salud en la concientización hacia la población joven de este país, en la prevención del VIH.

2.2 El personal del VIH a nivel de la república mexicana: entre Tijuana y

Tapachula

Para el personal de salud es un desafío importante el hecho de contar con el conocimiento, habilidades lingüísticas, el "valor social" y conocimientos específicos del entorno en el que se mueven las personas usuarias de los sistemas de salud a nivel de clínicas especializadas, provenientes de los pueblos indígenas. En México, la atención en salud por parte del personal de salud hacia los pueblos indígenas, también es un reto importante, Muñoz (2022a) determina el apego al TAR como el desafío más importante de los pueblos indígenas del estado de Oaxaca, en el CAPASITS de dicho estado; esto reafirma lo que sucede con otro tipo de enfermedades en México: un rezago histórico de la atención a poblaciones indígenas, frente a la población en general, además de considerar otros factores como la marginación por parte de los sistemas de salud y los procesos médicos, esto, además considerando que si los grupos indígenas no logran constituir un grupo poblacional significativo, de alguna manera quedan en situación de exclusión por parte de los sistemas de salud, el autor referido considera los grupos étnicos culturales principalmente referidos en su investigación en Oaxaca como chantinos, mazatecos, chinanecos, zapotecos y mixtecos; quienes manifestaron distintos matices en el goce de su sexualidad, como el uso de huarache, sombrero y vestimenta indígena, y la fantasía que esto constituye, y que se convierte en una de las razones por las que les buscan para tener encuentros sexuales; además de otros factores, como la migración o desplazamiento del campo a la ciudad y el uso de bebidas alcohólicas que se ven involucrados en el goce de su sexualidad, además de la distancia que existe entre los domicilios de las personas usuarias y el CAPASITS más cercano a su domicilio.

En lo que implica atención en salud en su sentido estricto, las personas entrevistadas refieren la falta de grupos de pares que y traductores que dominen el idioma de estas comunidades, lo que de alguna manera "resuelven" con la participación de familiares como traductores, pero que se generan otras dinámicas como el manejo discrecional de la información por parte de quienes fungen como traductores, así como la violación al derecho

a la confidencialidad, que de por sí, tampoco es garantizado por parte del personal de salud, inclusive en los espacios laborales.

A esto, debe agregarse otros aspectos más propios de la cosmovisión de los pueblos originarios, como consecuencias derivadas del diagnóstico del VIH, padecimientos propios, como el "susto" y su gestión médica y espiritual, desde su cosmovisión. Este mismo autor Muñoz (2022b) afirmaba que el VIH en población indígena constituía la novena causa de muerte, lo que significa que se le debe prestar mayor atención a esta problemática.

A nivel de la república mexicana, también se ha investigado sobre el personal de salud que atiende clínicas especializadas como el CAPASITS; de tal cuenta, que se tiene el registro de Ortiz (2011), quien realizó una investigación relacionada con la experiencia emocional de personas con VIH en Coatzacoalcos, en la que se destaca la ausencia de la gestión del duelo y la necesidad de hacerlo en la terapia psicológica. Siempre en el estado de Veracruz, Ortiz (2021) han investigado sobre el tema de ansiedad y depresión en pacientes que fueron diagnosticados con VIH, entre algunos de los elementos que la referida autora señala, se plantea la necesidad de mejorar la atención psicoemocional por parte del equipo de atención en salud mental, hacia las personas usuarias que reciben el diagnóstico de VIH, en particular porque el personal de salud no distingue entre depresión y duelo, y por tanto, no se otorga un tratamiento médico adecuado.

En este mismo sentido temático de la ansiedad, Ávila & Rubia (2014) discuten la manera en que las Personas Viviendo con VIH y SIDA enfrentan la ansiedad frente a la posibilidad de fallecer a causa de una enfermedad oportunista derivada del VIH, indudablemente cuando existe un estado de indetectabilidad, los factores de riesgo que pueden orillar a la muerte son menores y, por tanto, la ansiedad frente a la posibilidad de la muerte también desaparece.

A su vez, desde la perspectiva farmacológica, Rubio (2022) ha investigado sobre nivel de satisfacción del TAR en el CAPASITS de la ciudad de Cuernavaca, en el estado de Morelos, en su investigación se plantea la colaboración del personal de farmacia en la adherencia al TAR y el impacto positivo que se puede tener, cuando se logra dicha contribución, debido a que el éxito en la adherencia también depende del entorno y de la atención que se recibe por parte del personal sanitario.

La atención en materia de VIH demanda la delimitación de la población usuaria de las instituciones de salud, de ahí que para Avena et al. (2011), resulte importante la caracterización de las usuarias y los usuarios el CAPASITS de Tepic, Nayarit; esto permite orientar de mejor manera la atención que se brinda, al conocer el tipo de población que acude a este tipo de clínicas, y por tanto, las acciones que se pueden llevar a cabo por parte del personal, tanto en materia de prevención como de atención, pues se sabe que estas características sociodemográficas en el referido estado no son las mismas que en el resto del país.

Adicionalmente, Macías (2012) contribuye a enriquecer el análisis que realiza de las personas migrantes, no solo desde su perspectiva como migrantes y por tanto del ejercicio de su ciudadanía desde esa posición, sino además del matiz del VIH, y de la manera en que interactúa lo clínico con lo migratorio; pero además el tema del ejercicio de manera "más libre" de la sexualidad en un lugar con menos estigma y discriminación como México, un aspecto importante que destaca el autor es la falta de las estrategias de prevención del VIH, por parte de las autoridades locales y estatales de salud, lo que limita las acciones que pueden realizarse por parte del personal de salud que atiende a los grupos vulnerables, abordados desde la percepción de quienes integran el personal de salud, pues aún existen atisbos de discriminación tanto en el propio CAPASITS como en otros niveles de atención en salud.

De igual forma, López (2014), sitúa su análisis en Tijuana, Baja California, una ciudad por demás importante en la geografía y la geopolítica mexicana. Esta ciudad mexicana es de paso para millones de migrantes que cada año transitan a través de ella buscando el "sueño americano", pero también es un lugar de crimen organizado y narcotráfico, de consumo de drogas inyectadas, por lo que estos dos grandes matices son determinantes para el análisis epidemiológico del fenómeno en la referida ciudad.

Por ello, el factor de la adherencia terapéutica es clave para el éxito en el combate a la epidemia, de esta cuenta, la autora resalta la asistencia a las citas programadas, el seguimiento de las recomendaciones en materia de salud, la provisión de información hacia el paciente por parte del personal de salud y la relación que se logre establecer, basada en la confianza, facilidad y flexibilidad; así como un mecanismo de comunicación eficiente; esto, debido a que existen diferencias culturales que pueden constituir un matiz importante, obstaculizar o facilitar las relaciones entre el personal de salud y las personas usuarias; así

como el apoyo en materia de terapia psicológica como un factor de éxito para la adherencia al TAR, adicionalmente, el seguimiento que hace el personal de salud y cómo los padecimientos psicológicos son un factor determinante para tener o no, adherencia al TAR y por tanto es una preocupación que se debe tomar en cuenta.

En esta misma ciudad fronteriza de Tijuana se registra la investigación de Valdés (2012); en esta investigación se establece que la depresión como consecuencia del diagnóstico de VIH o SIDA no se gestiona de manera adecuada, y no se le da la importancia requerida, tomando en cuenta, además, que muchas de las personas que viven con VIH en dicha zona, han sufrido abuso sexual o de otro tipo, lo que podría tener una incidencia importante en el éxito del tratamiento médico y farmacológico, de ahí que se esboza sobre la posibilidad de valoración del pensamiento suicida y del riesgo que esto implica.

Continuando con el análisis de Tijuana, Smith et al. (2017) establecen que es en esta ciudad donde existen muchas sub epidemias de las poblaciones clave, entiéndase personas que usan drogas inyectadas, personas que ejercen el trabajo sexual y hombres que tienen sexo con hombres; uno de los mayores retos en esta ciudad tan particular es la toma de pruebas de VIH, por lo que existe un subregistro importante de personas que no han recibido el diagnóstico adecuado, y en consecuencia el tratamiento farmacológico, médico y psicológico, oportuno.

Seguidamente se identifica la investigación realizada en este mismo estado de Baja California, de Baza (2016), en la que se aborda la necesidad de realizar diagnósticos tempranos de VIH y no esperar a que haya pasado una cantidad considerable de tiempo para realizarlas, pues esto puede derivarse en otras complicaciones de salud derivadas del diagnóstico de VIH, en particular en población Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH), por tratarse de un grupo vulnerable, por ello, el autor considera imprescindible la realización de procesos de sensibilización para el personal médico.

De hecho, y siguiendo con el análisis de Tijuana, Pitpitan et al. (2020) consideraron que ante la falta identificada de conocimiento de diagnóstico de pruebas de VIH, era pertinente realizar un estudio exploratorio para determinar la posible aceptación de la navegación entre "pares"⁴, para optimizar la cobertura del TAR, lo cual contribuiría para la

⁴ Personas que viven con VIH y participan de las organizaciones de la sociedad civil.

gestión de las barreras socioculturales y desafíos propios de la dinámica de una ciudad fronteriza como Tijuana, para la gestión de la epidemia del VIH.

También sobre Tijuana; Pines et al. (2016) también han analizado la toma de pruebas de VIH para los hombres que tienen sexo con otros hombres, y que encuentran dificultades en el acceso a dichas pruebas, sobre todo porque no siempre se garantiza la toma de dichas pruebas en un ambiente confidencial, libre de estigma y discriminación, pero también porque no se toman en cuenta otros elementos como la focalización de acciones de prevención en sitios como saunas, cuartos oscuros, bares, vapores, cines para adultos, cafés internet, parques públicos donde se realizan prácticas como el "cruising" o clubes nocturnos.

Entre las barreras que se identificaron para no hacerse exámenes de VIH, se encuentra la falta de confidencialidad al momento de hacerse una prueba, falta de confianza en las clínicas que realizan pruebas de VIH, posible discriminación por parte del personal de salud, tiempos de espera largos para la entrega de resultados, así como falta horarios flexibles para la toma de estos. De ahí, que en las nuevas estrategias de combate a la epidemia del VIH también se tomen en cuenta acciones específicas para con el personal de salud en cuanto a conocimiento y capacidades que poseen, para la ampliación de la cobertura y oferta de servicios hacia grupos vulnerables.

Este mismo autor Pines et al. (2021) también aborda el tema de aumento de pruebas, diagnóstico y atención tanto con mujeres trans, como con hombres cisgénero que tienen sexo con otros hombres, esto con la finalidad de identificar personas que no cuentan con un diagnóstico previo; y la manera en que llevar a cabo pruebas de diagnóstico de VIH en los lugares que son frecuentados por hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trans, puede aumentar la cantidad de personas con cobertura en salud, una vez que se conoce el diagnóstico, de ahí que esto se entiende como un reto adicional para el personal de salud, si se toma en consideración el caso de México, al colocarlo en números existen “2.4 médicos por cada 1,000 habitantes”, (Paz, 2023) cuando la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) promedia 3.5.

También en el norte del país, en la ciudad de Monterrey, en el estado de Nuevo León se cuenta con la investigación de Segovia (2012), quien vincula la discriminación hacia las mujeres que viven con VIH/SIDA, desde la perspectiva psicoemocional y cómo esto tiene

una incidencia importante a nivel de su salud mental, en el sentido que desarrolla en ellas sentimientos de ira o depresión y, por tanto, se requiere un abordaje terapéutico específico.

Si bien las mujeres reportaron una baja discriminación en el ámbito social, hubo una discriminación significativa en el ámbito clínico, lo que sin duda interpela a la reflexión sobre la necesidad de capacitar y sensibilizar al personal de salud sobre la temática del VIH, para evitar episodios de estigma y discriminación, pues esto es determinante en las relaciones entre el personal de salud y la población usuaria, y consecuentemente en el nivel de adherencia al TAR, en parte se debe a la falta de preparación por parte del mismo, de ahí que una adecuada detección de necesidades de capacitación, aminora las posibilidades de estigma y discriminación.

Según datos recogidos por esta autora, el 33% de los casos de discriminación, provienen del personal de salud, lo que refuerza la idea planteada anteriormente, y expresada en otras investigaciones, sobre la necesidad de capacitar al personal de salud en temas como la sexualidad femenina y la forma en que se vive dentro de los hogares, en particular con las mujeres amas de casa, a quienes de alguna manera se visualizan como “víctimas” por recibir el contagio de VIH a sus esposos o parejas sentimentales; a propósito de las necesidades de capacitación, ya la literatura en los ochenta reconocía la necesidad de realizar campañas educativas dirigidas hacia el personal de salud, de instituciones públicas y privadas, en particular de personas que realizan pruebas de laboratorio o que tienen contacto con cadáveres (Soberón, 1988). Siempre en la ciudad de Monterrey, Miaja & Moral (2014) teorizan sobre el afrontamiento a la muerte frente al diagnóstico de VIH, niveles de depresión y ansiedad más elevados en las PVVS que en la población en general.

Siguiendo en el norte del país Vera, et al., (2012) estudian el riesgo al que se exponen las mujeres trabajadoras sexuales que usan drogas inyectadas y que además tienen relaciones sexuales sin protección en la zona de Ciudad Juárez, México; un factor de riesgo adicional en este tipo de escenarios es que se usan jeringas compartidas y se incrementan las posibilidades de contraer algún tipo de enfermedad, por lo que el programa *Mujer Mas Segura* se visualiza como una intervención en salud importante, para la reducción de riesgos de mujeres que ejercen el trabajo sexual y que utilizan drogas inyectadas, algo que puede comprenderse como una buena práctica por parte del personal de salud.

Uno de los grandes problemas que existen en la gestión del VIH, en la actualidad son los diagnósticos tardíos, Martin-Onraët, et al. (2017) analizan cómo la toma de pruebas de VIH se lleva a cabo en un momento en el que el virus ha avanzado en el cuerpo humano, buena parte de estas mujeres han sido víctimas de algún tipo de violencia por parte de sus parejas, lo que genera otras problemáticas adicionales; como la discriminación dicho sea de paso, la evidencia con la que cuenta el personal de salud, sobre el rol de los servicios médicos en las pruebas de VIH en mujeres es insuficiente, esto es algo que también ralentiza la toma de decisiones, lo que podría mejorar la detección temprana y un mayor margen de acciones a implementar por parte del personal de salud.

La temática de la discriminación, a la que se hace referencia, también es analizada por Moral & Segovia, (2011) tanto en el plano semántico, como los actores de donde se origina mayormente la discriminación, sin dejar de mencionar los momentos en que esto sucede, y desde luego los efectos que esto tiene en la atención en salud, el hecho de dejar de realizarse pruebas de VIH por el temor a sufrir estigma y discriminación, como un ejemplo de esto.

En otro orden de ideas, Vásquez (2009) ha investigado sobre los factores de no adherencia al TAR por parte de las y los pacientes que han recibido el diagnóstico de vivir con VIH en Tamaulipas, identificando como una de las causas de la poca adherencia al TAR, el trato recibido por parte del personal médico que labora en las instituciones de salud (Infante et al., 2006), quienes a su vez manifiestan temores en cuanto a algunos cuidados invasivos hacia las personas usuarias, como inyecciones, cuidados propios de la enfermería, curaciones, intervenciones quirúrgicas; además de otros prejuicios existentes hacia temas como la homofobia, como la idea que en México los homosexuales son causa del VIH, dificultades para hablar sobre sexualidad con personas homosexuales; entre otras.

A esto, es importante agregar, que desde hace algunos años se habla sobre las "estrategias combinadas" como una forma de prevención del contagio de nuevos casos de VIH, de esta cuenta desde hace algunos años se distribuye en los distintos centros de salud de los sistemas de salud en México, la Profilaxis Pre Exposición (PrEP), que en términos generales es un medicamento que previene el contagio de VIH, aunque en un principio únicamente se pensó en hombres, también se distribuyen con mujeres, entonces Baruch et al. (2020) exploraron algunos matices importantes sobre la distribución del PrEP y cómo esto

impactaría en la población meta, pero además las implicaciones que tendría para los sistemas de salud en México, además de la posible estigmatización y adherencia, relacionadas con su uso.

También es fundamental no dejar de mencionar a los pueblos indígenas, Martínez (2022), sobre quienes no existe mucha investigación científica al respecto, y quienes viven especificidades como sus costumbres, idiomas, cosmovisiones y espiritualidades; y lo que esto implica en términos epidemiológicos y de salud pública. A este análisis también debe incorporarse lo relacionado con el estigma que viven las mujeres con VIH en estados con otras problemáticas sociales como Chiapas, pues Amuchástegui & García (2022) consideran que en este estado es en este estado donde el patriarcado, las relaciones de poder entre hombres y mujeres juegan un papel determinante en el acceso a la atención especializada por parte de las mismas, además de otros factores como las labores de cuidados, y la dificultad que se tiene para el acceso a clínicas, lo que acentúa las desigualdades entre hombres y mujeres; de esta cuenta, Piñeirúa & Ramos (2018) reflexionan sobre las estrategias de prevención dirigidas hacia los HSH, y el descuido que existe hacia las mujeres en materia de prevención de VIH, si bien es cierto, la mayoría de PVVS son hombres, el número de mujeres va en aumento.

De alguna forma las clínicas se convierten en lugares seguros para las mujeres que demandan estos servicios, además del clásico servicio médico y una comunicación asertiva y efectiva del diagnóstico de VIH positivo por parte del personal de salud, es propicio el acompañamiento de terapia psicológica, el involucramiento de la familia, en la medida de las posibilidades, acompañamiento nutricional y de salud sexual y reproductiva y grupos de “pares”, es decir, de personas que ya viven con VIH y que han logrado adherencia al TAR y tienen un buen estado de salud. Sin embargo, es importante enfatizar en que el factor de éxito de la adherencia pasa por un nuevo tipo de interacción entre el personal de salud y las personas usuarias. La misma investigadora Amuchástegui & Reartes (2017) explora la significación generada por parte de las mujeres a partir de la adherencia al TAR, y la permanencia en la atención por parte de los sistemas de salud, ¿Qué implica para las mujeres ser adherentes a su tratamiento y no abandonarlo?

Buena parte de las investigaciones realizadas en México sobre adherencia al TAR han sido llevadas a cabo en la Ciudad de México y otras grandes ciudades, con esto, de

acuerdo con Staines-Orozco et al. (2023) se deja de lado a otras ciudades que también se enfrentan a este problema público de salud y que tienen matices diferentes a los que se viven en las grandes urbes, como es el hecho de la relación entre el nivel de adherencia al tratamiento médico y la grasa corporal.

En el fenómeno del VIH, y desde la perspectiva de Carrasco (2023) la población migrante en tránsito o establecida en el territorio mexicano se constituye como un grupo vulnerable, sobre todo cuando la situación migratoria es irregular, de manera que, acceder a los sistemas de salud se convierte en un proceso excesivamente burocrático y engorroso, lo que acentúa la de por sí complicada situación de dichas mujeres y el latente riesgo que existe de no recibir atención médica, debido a todas estas prerrogativas, por lo que se hace necesario entender mejor el fenómeno, para advertir los posibles caminos a seguir desde la institucionalidad pública, que de entrada les recibe con un “estigma institucional” al que deben enfrentarse en su tránsito por los sistema de salud.

Al pensar en la investigación científica, sobre los roles específicos del personal de salud, se identifica lo relacionado con la intervención nutricional (Fajardo-Rodríguez & Lara, 2001), y la terapeuta nutricional, en distintos momentos del VIH, que puede ser desde la detección temprana, en la cual, la nutrición juega un papel de fortalecimiento del sistema inmunológico por medio de la ingesta de alimentos, hasta la etapa avanzada del SIDA, en la que la nutrición juega un rol de “rescate” del sistema inmunológico. En cuanto al personal de las áreas de farmacia que atiende a las personas usuarias, se consideran diagnósticos específicos (Del Rey, 2014) para la mejora en el suministro de medicamentos a las personas que viven con VIH.

2.3 El personal del VIH a nivel del estado de Hidalgo: entre Tepeapulco y Huejutla

En el caso del CAPASITS de Pachuca de Soto, Hidalgo; el mismo ha sido objeto de investigación por parte de organizaciones de la sociedad civil como el SEIINAC (2023) en lo relacionado con atención a personas usuarias, personas privadas de la libertad y participación de la sociedad civil en la gestión del VIH e ITS. Desde el lado académico se registra la tesis de Salazar (2017) sobre ansiedad y depresión en pacientes que viven con VIH, notando una presencia significativa de estos padecimientos psicoemocionales en pacientes que viven con VIH u otras ITS. En este orden de ideas, también se tiene registro de

la tesis de Cerón (2007), en la que propone un programa de farmacovigilancia en el CAPASITS en la que se elaboró una serie de materiales informativos que ayudan a la población, pero también se sugiere la contratación de personal de farmacia. Y también la investigación de Rangel (2005), sobre comportamientos, actitudes y sentimientos del personal de salud hacia las personas que viven con VIH en el Hospital Integral de Jacala, Hidalgo; misma que evidencia la manera en que las interacciones entre el personal de salud y las personas usuarias inciden en el éxito o fracaso de la política de salud del VIH.

A nivel internacional se ha dado prioridad a las investigaciones sobre grupos poblacionales específicos como la población negra, personas migrantes y VIH, sugerencias de procesos de capacitación como la inclusión de temáticas sociales en los procesos de atención, niveles de adherencia, uso de sustancias; en el caso específico de la academia estadounidense, hay un interés importante en el estudio del fenómeno del VIH a nivel de fronteras; en el continente africano se identifican comorbilidades.

También se ha teorizado sobre pueblos originarios y sus dificultades en la atención al VIH por parte del personal de salud; adicionalmente, el rol de profesiones específicas como la odontología o enfermería. A nivel nacional, también se ha investigado sobre el tema de pueblos originarios y VIH, "pares", y el estado de la salud mental de las personas que viven con VIH, y el componente de estigma y discriminación. Sin dejar de mencionar la investigación en programas específicos como el PrEP. Al especificar sobre el estado de Hidalgo, se tienen algunas investigaciones sobre salud mental, atención en VIH y personal de salud en lo general; pero sobre el personal de salud que atiende VIH *predominan los silencios*.

Si bien es cierto que existe un esfuerzo importante por parte de la academia para investigar sobre grupos vulnerables, VIH y el CAPASITS como institución implementadora de la política de VIH e ITS a nivel de los estados de la república mexicana y con un interés bastante primordial en los padecimientos psicoemocionales derivados del diagnóstico de VIH positivo, es necesario que se investigue desde el lente de las políticas públicas y en particular desde la perspectiva del personal de salud, que se encuentra en la última parte de la jerarquía organizacional de la institución y que vive de primera mano, los retos primordiales que existen en torno a esta enfermedad. De ahí, que en el siguiente capítulo se abordarán los

enfoques teóricos que ayuden a explicar el componente de *quienes pagan el desayuno* y su rol en la gestión del VIH.

Capítulo 3: Marco Teórico

Se indaga sobre las condiciones de salud del postulante a la residencia, no con el objetivo de protegerlo o cuidar el medio ambiente, sino porque en un futuro él represente una carga para la institución.
(Payá, et al. 2019, p. 162)
“Hombres y mujeres de blanco”

Para la confección del presente capítulo se han definido tres grandes enfoques teóricos, que, de manera complementaria, explican el problema público del rol del personal de salud en la política del VIH en el estado de Hidalgo: Dimensiones sociopolíticas del VIH de Laar, personal de salud desde la salud pública de Magalhães y burocracias de calle de Lipsky. Entonces, el centro del análisis es el personal de salud, su incidencia en la atención en VIH en el estado de Hidalgo y su gestión desde el CAPASITS. Estos enfoques teóricos permiten enfatizar el trabajo de campo realizado con el personal de salud y el posterior análisis desde la teoría fundamentada de Charmaz.

3.1 Dimensiones sociopolíticas del VIH

La comprensión de la política pública del CAPASITS, implica analizar este fenómeno desde las teorías sobre políticas de salud, para entender cómo se contrastan las reglas de operación y los diseños institucionales, con la puesta en marcha de las referidas políticas a través del personal de salud. Previo a profundizar en este aspecto, es importante hacer alusión a las directrices iniciales que existían en torno al VIH, durante la década de los ochenta, precisamente cuando no existía mucha profundidad en investigación científica sobre la temática, no obstante, hay algunas de estas directrices que siguen vigentes.

Específicamente se afirmaba que, la educación en salud es necesaria para prevenir que se sigan presentando nuevos contagios, en este sentido, es importante establecer, que desde la década de los ochenta cuando surgió el virus, se evidenció que las personas que pertenecen a grupos vulnerables y hombres homosexuales son quienes tienen mayores niveles de contagio de VIH. Además de esto, la literatura sobre políticas de salud enfocada al VIH, cuando inició también sugería cambios de comportamiento en las conductas sexuales,

como la reducción del número de parejas, evitar prácticas como el “beso negro” o introducir dedos, manos u otros objetos en el ano, práctica conocida como “fisting”; evitar el sexo oral y contacto con la eyaculación y por supuesto el uso del condón; algunas de estas sugerencias están obsoletas, sin embargo sirve referenciarlas para conocer lo relacionado con las primeras sugerencias por parte de la literatura, y que a su vez, se incorporaban a las instituciones prestadoras de servicios de salud. Green (1986) considera, sobre esto, que:

Dado que actualmente no existe cura para el SIDA ni para la infección por el virus HTLV-111, la prevención es una cuestión de vital importancia. En gran parte esto depende de la educación sanitaria. Es vital que aquellos infectados con el virus no lo transmitan y que aquellos con alto riesgo de contraer el virus sean conscientes de las formas en que pueden reducir su nivel de riesgo (p. 175).

3.1.1 Alcance del VIH en lo público

Hablar sobre teorías de política de salud implica establecer que el tema de la garantía del derecho constitucional a la salud tiene un alcance mayor a lo estrictamente clínico, es decir, a la relación entre la persona usuaria de los servicios de salud y las personas prestadoras de los servicios de salud, acceso a medicinas e implementos y del uso de la infraestructura hospitalaria, entre otros. Pensando en el CAPASITS y el estado de Hidalgo, el alcance de estas teorías trasciende a esferas como regulación pública de las carreras universitarias vinculadas a las ciencias de la salud, las universidades e instituciones de educación superior en donde se imparten, derecho, usos y costumbres que corresponden a la cosmovisión de los pueblos originarios hidalguenses; antropología, además de la priorización de temas específicos por parte de las autoridades que toman las decisiones, tanto en lo operativo, como en lo financiero por parte de las autoridades de salud e implicaciones en el plano federal y estatal.

Si bien el análisis y comprensión de la política de salud requiere un abordaje interdisciplinario, en esta investigación se aborda lo relacionado con salud pública, entendiendo este concepto como la prestación de servicios de salud por parte del gobierno, y en particular por parte de la Secretaría de Salud del estado de Hidalgo, se excluyen entonces,

las instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter privado, así como los sistemas de seguridad social y el abordaje está circunscrito al rol del personal de salud.

Harrel citado en Laar (2022) afirma que para la prestación de servicios de salud existen los *servicios esenciales* de salud pública, en los diferentes niveles de prestación de salud por parte del personal de salud que, entre otros aspectos, incluye el monitoreo de la salud de la comunidad de intervención de determinada política de salud y por tanto de las comunidades de origen de las personas usuarias del CAPASITS, el diagnóstico e investigación de peligros de salud en la comunidad, problemáticas de salud y que pueden tener un impacto en el aumento de casos de VIH; la provisión de información empoderamiento y educación sobre problemáticas de salud que pueden ser atendidas por el personal de salud del CAPASITS, confección de planes y políticas de salud en el plano comunitario e individual de posibles personas atendidas por el personal de salud, la movilización de espacios de organización comunitaria que trabajen temáticas relacionadas con VIH, ITS y temáticas que son objeto de atención por parte de dichas clínicas.

Así como el respectivo cumplimiento de la legislación que regula las operaciones del CAPASITS; así como, el establecimiento de procesos de referencia e interconsulta médica, que resulten expeditos y con la menor carga de burocracia institucional posible, así como la constitución de procesos de evaluación interna para la mejora en la calidad de los servicios y desde luego, el involucramiento del CAPASITS en la investigación científica que contribuya a la generación de nuevos conocimientos que permitan contar con recurso humano competente y capaz para la implementación de esta política de salud.

Dado que el abordaje de los temas de salud pública conlleva una respuesta interdisciplinaria, dicha respuesta debe tomar en consideración factores de riesgo, los cuales se convierten en catalizadores de otras problemáticas ya existentes. Laar (2022) agrega más adelante "Estos servicios reconocen los determinantes de múltiples niveles de la salud pública (incluidos los sociales, legales y comerciales). Por ejemplo, el entorno social determina los riesgos para la salud (bajos niveles de ingresos y educación, hacinamiento y seguridad personal)" (p. 5).

En este orden de ideas, se puede entender la jerarquía que conlleva el abordaje de una enfermedad infecciosa, desde los sistemas de salud, basado en Laar (2022) y para el caso del VIH, se podría enlistar en las siguientes líneas:

Prevención: Conjunto de acciones orientadas a evitar que existan nuevos casos de esta enfermedad, es decir que no existan más personas que la contraigan, esto como prevención primaria. Al mismo tiempo que quienes padecen de esta enfermedad puedan tener una detección temprana (prevención secundaria) y acceso al Tratamiento Antirretroviral para prevenir complicaciones (prevención terciaria); además de la información y educación hacia las personas usuarias y cambios en el comportamiento y estilo de vida. Sin dejar de lado la Prevención de Transmisión Materno Infantil (PTMI). Esto es una tarea esencial del personal de salud, pues se debe contar con mecanismos de prevención que sean funcionales.

Control: Que el personal de salud se asegure que quienes viven con VIH no tengan riesgos adicionales relacionados con su salud, lo que conlleva prácticas sexuales seguras, con el uso de métodos de barrera como el condón, además de la puesta en práctica de programas de prevención combinada como el PrEP, uso de condones, PEP (Profilaxis Post Exposición, para casos de violencia sexual), además que las personas que viven con VIH logren la supresión viral en los primeros seis meses desde su adherencia al TAR.

La idea de concebir estos diferentes niveles, es precisamente entender cómo se operativizan los lineamientos emitidos por las autoridades de salud, y las acciones que llevan a cabo en este sentido, sobre todo si se considera que las acciones deberían estar alineadas con otros documentos estratégicos de gobierno, como el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 y Programa Sectorial de Salud 2020-2024, así como la normativa nacional y tratados internacionales vigentes en materia de VIH y el cumplimiento de metas 95-95-95.

Por ello, también es importante resaltar que para la puesta en práctica de una política de salud como el CAPASITS es imperativo ir actualizando las estrategias que se llevan a cabo, entre ellas los sistemas de vigilancia epidemiológica y que los mismos tenga una base geográfica, además de los tamizajes en base a información geográfica y estadística, y las instancias encargadas de la vigilancia epidemiológica. No existe una “receta prefabricada”, para la gestión de una enfermedad de esta naturaleza, por lo que deben combinarse estrategias para esta finalidad, Laar (2022) considera que

Se entiende que ninguna intervención por sí sola es suficiente para detener la epidemia. Frenar la epidemia de VIH/SIDA requiere un enfoque basado en el

contexto, teniendo en cuenta el estigma, los factores económicos y las normas sociales y de género que pueden prevalecer en diferentes entornos (p. 33)

De manera que el estado de Hidalgo requiere un abordaje interdisciplinario, acorde al contexto en el que se vive en el estado. No es suficiente la parte médica, infectológica o epidemiológica, también deben confluír otros elementos que son importantes para la problemática, tomando como base las características etnográficas de la población hidalguense, entre otras, el tema de los pueblos originarios, características, idioma, pertinencia cultural; entre otras, una política pública de salud entendida desde una dimensión sociopolítica debería reducir las brechas de desigualdad en el acceso a esta, en virtud de las barreras socioculturales. Entonces, Laar (2022) afirma que

Los programas de prevención tenían que adaptarse a los contextos nacionales y locales, utilizando una combinación de intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales destinadas a abordar los riesgos inmediatos y la vulnerabilidad subyacente, cuidadosamente planificadas y gestionadas en múltiples niveles para lograr reducciones sostenidas en la incidencia del VIH en diversos ajustes (p. 33-34).

A manera de política comparada, se puede ilustrar el caso de Ghana, en el que existe un “continuo”, en la atención del VIH. Laar (2022) señala que "El continuo consta de cinco pasos principales: diagnóstico, vínculo con la atención, retención en la atención, adherencia al TAR y supresión viral." (p. 56). De esta cuenta, habría que preguntarse, ¿Cómo se entienden en Hidalgo cada uno de estos pasos? Y, ¿Cómo se operativizan cada uno de estos pasos?

Siguiendo con esta perspectiva de política comparada, en Ghana se ha implementado y echado a andar una estrategia para la gestión del VIH en la que se toma como base las ubicaciones geográficas de las poblaciones clave, que, si bien puede promover la priorización de determinadas circunscripciones geográficas basadas en información sobre prevalencia de VIH, podría generar otras situaciones a considerar en la implementación de la política pública, de ahí que la focalización geográfica de las acciones en Hidalgo por parte del CAPASITS y su personal resultan clave para la gestión del VIH. Laar (2022) afirma

La segunda tensión con la priorización se relaciona con sus consecuencias no deseadas. Por ejemplo, comunidades enteras o las regiones priorizadas podrían ser estigmatizadas simplemente por el mero proceso de ser priorizadas, especialmente en este caso donde las poblaciones clave (que también están estigmatizadas) y la alta prevalencia del VIH son criterios de inclusión (p. 84).

Desde esta perspectiva, es importante tener en consideración que se pueden enfrentar desafíos éticos, en el caso de Hidalgo, el personal de CAPASITS se enfrenta a posibles situaciones de estigma y discriminación en comunidades y municipios lejanos a su ciudad capital Pachuca de Soto, en donde se tiene menos información sobre el VIH e ITS, inclusive en algún momento determinado, se podrían generar situaciones de tensión y estrés con algunas personas que ejercen liderazgo en estas comunidades o situaciones de alarma.

En el caso particular de Hidalgo, y como se estableció en el primer capítulo de esta tesis, y de acuerdo con el diagnóstico del CAPASITS (2021), los municipios con mayor tasa de incidencia de VIH son Pachuca de Soto, Apan, Actopan, Huejutla de Reyes, Mineral de la Reforma, Villa de Tezontepec y Tlaxcoapan; por lo que esta información de carácter geográfico podría utilizarse para enfocar las acciones de prevención, control y eliminación, con mayor precisión. La experiencia de Ghana, desde la perspectiva de Laar (2022) es que, se debe partir de la información cuantitativa de datos para la identificación de determinadas regiones geográficas y su priorización.

3.2 Personal de salud

3.2.1 El entorno del personal de salud

Como ya se estableció, el alcance de la atención en materia de VIH también pasa por un abordaje meta-clínico, lo que implica entender sus especificidades, en el caso del CAPASITS, como personal de salud operativo, que atiende a la población usuaria de estas clínicas. De esta cuenta, Kroeger & Luna (1992) se referían al personal de salud que atiende directamente a la población usuaria, como "trabajador básico de salud", y ya desde principios de los noventas se recogía en este tipo de textos una preocupación por el tema de la desconfianza existente hacia el personal de salud por parte de la población usuaria, entre las

características que los autores sugieren sobre los trabajadores básicos de salud, y que pueden equipararse con el personal del CAPASITS, se encuentra el hecho que vivan relativamente cerca del edificio donde funciona el CAPASITS; la provisión de cuidados a las personas usuarias de los servicios que provee el CAPASITS, el uso de ciertas tecnologías más simples y los procesos de entrenamiento son cortos, aunque esto depende en buena medida, de las funciones que le resulten asignadas a cada persona que forma de su personal al momento de su contratación, también se plantea lo relacionado con el público meta de las capacitaciones, es decir, ¿A quiénes se deben capacitar, ¿En qué temas? Y ¿Para qué finalidad? Siendo lo idóneo los funcionarios de salud de primer nivel, promotores de salud y personal de primera línea.

Respecto del tema de las contrataciones al personal de salud, los referidos autores consideran una serie de elementos que son aplicables al momento de contratar al personal de salud en el CAPASITS, como sensibilidad social en temáticas como género, VIH, ITS y aptitudes técnicas relacionadas con la atención en salud a grupos vulnerables. Entre las funciones que se destacan del trabajador básico de salud, se encuentra la de alimentar los sistemas de información, que, para la política del VIH y clínicas especializadas como el CAPASITS, sería el Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR), para que se cuente con el estado actualizado del seguimiento de cada persona usuaria, lo que permite delimitar las acciones a seguir con cada paciente o persona usuaria.

Ahora bien, un aspecto fundamental para entender el nivel de éxito del personal de salud del CAPASITS en su funcionamiento en el terreno de lo operativo, y siguiendo con Kroeger & Luna, (1992) uno de los factores que inciden son los defectos en la selección, es decir que no se contrate al personal idóneo para los distintos cargos basándose en el interés primordial del CAPASITS y su misión institucional, sino en otros criterios, como intereses personales de quienes aplican a los cargos, una visión muy profesionalista de sus cargos; otro factor es el entrenamiento inadecuado, lo que implica que no se den los procesos de capacitación adecuados para el cargo que se desempeña, lo que también incluye la distribución de tareas entre el personal; falta de apoyo institucional o mal focalizado, lo que se traduce en el deterioro de la calidad del trabajo desempeñado; otro factor importante es la actitud no participativa de la comunidad, que puede originarse por antecedentes previos del funcionamiento del CAPASITS que posiblemente han deteriorado la relación entre la

institución y la población usuaria atendida y que han producido estas situaciones; finalmente la remuneración del personal de salud, que en muchas ocasiones no es acorde a la formación académica y experiencia profesional con la que cuenta el personal de salud, esto se encuentra fuertemente relacionado con regímenes de contratación específicos de la administración pública y las prerrogativas para hacer carrera a nivel de gobierno, de ahí que puede resultar desmotivante el hecho de hacer carrera a lo interno de los sistemas de salud y del mismo CAPASITS, como la asunción de otras funciones.

3.2.2 Competencias y capacitaciones

De entrada, y siguiendo con el análisis de Kroeger & Luna (1992) consideran la necesidad de programas especiales de entrenamiento para los trabajadores básicos de la salud; pues entienden que este tipo de recurso humano especializado no puede ser capacitado en los modelos tradicionales de educación, además de tener un fuerte componente de especificidad de cada recurso humano. En el área de formación de recurso humano, como en otras áreas de la gestión de las instituciones públicas, los recursos son escasos, por lo que es importante optimizar su uso, de manera que los procesos de capacitación y entrenamiento no escapen a esta realidad, por esto, hacer uso de plataformas de capacitación electrónicas como aulas virtuales podría servir para entrenar al personal del CAPASITS en competencias generales y algunas específicas.

En cuanto al personal que debe ser entrenado, se debe tomar en cuenta el tipo de recurso humano de salud que se desea obtener en el CAPASITS y el punto de partida de este recurso humano; que no necesariamente se contrata con nulos conocimientos en la materia específica, pues aunque en algunos casos se capacita a personal nuevo, en otros se capacita a personal "reciclado" que proviene de otras instituciones similares, y que trae consigo determinadas capacidades y competencias que pueden ayudar al cumplimiento de la misión institucional de esta entidad; como funcionarias/os de alguna entidad de salud que provee asistencia en salud; así como promotores en salud, que no siempre reciben remuneración económica, y cuya experiencia se puede capitalizar en función de las prioridades; así como personal que no tenga ningún tipo de entrenamiento, y que pueden ingresar a un nivel muy básico. En todo caso, el personal de salud del CAPASITS debe recibir entrenamiento y capacitación con la mayor cercanía posible a la población usuaria a la que se atiende, y desde

luego, con personal capacitador que ya tenga experiencia previa atendiendo a esta población meta.

El hecho de contar con ciertas competencias profesionales al momento de atender a la población usuaria de servicios de salud, ha sido una preocupación manifestada, inclusive por entidades de salud como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2013), que en 2013 a través de su Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS) y la Unidad de Recursos Humanos para la Salud, Bioética e Investigación (HR) publicó el documento de "Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas"; como instrumento para la definición de actitudes, conocimientos y habilidades que se deben poseer dentro del recurso humano que trabaja en los sistemas de salud, desarrollando ciertas "competencias esenciales" y el desarrollo de las mismas; complementándolo con un diagnóstico de dichas competencias y estrategias de capacitación que permitan dotar de ciertas competencias a quienes las necesiten.

Entre las competencias que este instrumento señala, se encuentran las competencias en materia de análisis de situación de salud, vigilancia y control de riesgos y daños; promoción de la salud y participación social; políticas, planificación, regulación y control; equidad en el acceso, y calidad en los servicios individuales y colectivos; salud internacional/global. A su vez, la OPS (2020) mostró su preocupación por la distribución inequitativa de capacidades y competencias entre los distintos países; lo anterior, en el marco del desarrollo del recurso humano en los sistemas de salud y su formación técnica, orientada a la adquisición de nuevas habilidades profesionales que respondan al nuevo modelo de atención en salud, que trasciende la esfera de la dimensión estrictamente clínica.

Siguiendo con el tema de la preocupación internacional por las competencias que debe poseer el personal de salud, en 2020, la OPS (2020) publicó un Marco conceptual y descripción denominado "Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI"; en el mismo se plantean una serie de cambios en el panorama de salud pública, desafíos pendientes, estrategias regionales y mundiales, relación entre salud pública y sistemas de salud. De igual forma, se manifiesta la preocupación por el suministro de personal apropiado y especializado, para atender a las poblaciones. Asimismo, se afirma la necesidad de contar con capacidades como la toma de decisiones, asunción de funciones,

conocimientos y habilidades propias del cargo, lineamientos claros, mejora del desempeño, supervisión, entre otros.

Al establecer ideas sobre el desarrollo de capacidades, competencias y habilidades en sistemas de salud específicos, se tiene el caso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) quien a través de la investigación de Benavides et al. (2023) sobre el rol del personal de salud en la última década, concluye que los procesos de capacitación se deben definir los enfoques teóricos y prácticos en común, para la formación de los profesionales, pero al mismo tiempo en la reforma de los pensum de las carreras vinculadas a las ciencias de la salud, así como la necesaria apertura de los procesos de formación y capacitación en materia de salud, hacia personal no sanitario; pero que también esto tenga impacto en los procesos de gestión de recursos humanos en las instituciones de salud, pues el personal que se capacita, adquiere nuevas habilidades, conocimientos y aptitudes que le hacen un recurso humano de salud más capacitado y competente para ejercer su labor, y por tanto en esta medida, debe ser remunerado; en suma se refiere a un proceso más complejo de institucionalización de la formación del recurso humano de la salud, que también es urgente en el caso del CAPASITS y del personal de salud dedicado a la atención en VIH. Acerca de la formación educativa y profesional al recurso humano de la salud, Malagón-Londoño (2002) consideran que es obligación de las autoridades gubernamentales, la actualización de los esquemas educativos.

Siguiendo con el análisis teórico de España, se ha confeccionado un modelo óptimo de atención al paciente con VIH por parte del Grupo Multidisciplinar de Expertos en VIH (Rojo et al., 2018); en el que se hace hincapié en los equipos multidisciplinarios que están involucrados en la atención a personas viviendo con VIH, entre los que se destaca laboratorio clínico, personal de salud pública en otros contextos, enfermería, farmacia, apoyo administrativo; se propone un marco de actuación en distintos sentidos, como el aprovechamiento al máximo la disponibilidad del recurso humano, la capacitación al mismo y la mejora sustancial en el modelo de prestación de servicios de VIH, promoviendo el aprendizaje colaborativo para la mejora continua.

Al profundizar sobre el caso español, Benedit (2020) resalta los esfuerzos en materia de investigación científica, respecto de los estigmas a los que se enfrenta el personal de enfermería en su labor cotidiana, al mismo tiempo que la necesidad de contar con vastos

conocimientos sobre su profesión de enfermería, y contar con conocimientos básicos sobre apoyo psicológico, y detección de comorbilidades; entonces las personas que se dedican a la enfermería en atención a personas que viven con VIH deben promover la aceptación de esta condición de salud, tener autocuido y ser adherentes al tratamiento.

En el caso mexicano, las principales consecuencias señaladas por García et al., (2024), se encuentran los tiempos de espera prolongados para las personas usuarias, sobrecarga en los sistemas de salud y desmejoramiento de la calidad del servicio, que también se aplican al caso de los servicios especializados de atención en salud y VIH. En razón de lo expuesto anteriormente, y para el caso del CAPASITS de Hidalgo, se establece la necesidad de reflexionar sobre los procesos de capacitación y su incidencia en la atención a las poblaciones vulnerables, pero con especial énfasis en la reducción de nuevos casos de VIH; pero también en otros aspectos como los mecanismos de recompensa, en razón de las nuevas habilidades y conocimientos que se van adquiriendo a través de los distintos procesos de capacitación, así como la posible reforma de pénsum de carreras vinculadas a las ciencias de la salud en la entidad hidalguense.

3.2.3 *Marco de actuación*

En el caso del CAPASITS debe tomarse en cuenta los elementos contenidos en su manual de procedimientos, sus funciones, perfilamiento de las personas usuarias, estándares de la calidad de la atención que se brinda. Esto, debido a que la naturaleza misma del CAPASITS permite partir del manual y de procedimientos, como la parte “operativa” de esta política pública, siguiendo con el rol que juega el personal de salud en la atención a la población objetivo, los retos que dicho personal enfrenta al momento de atender a las personas usuarias y el análisis de implementación de la misma, en un periodo determinado, posibilita la identificación de patrones específicos, sobre los que se pueden hacer sugerencias de mejora a las autoridades de salud. Esto, aunado al hecho que se deben tomar decisiones basadas en distintos criterios, pero principalmente en el criterio profesional y también en las reglas de operación, materializadas en los manuales de procedimientos.

Entonces, un reto permanente en la implementación de una política pública de cualquier tipo, pero de salud en particular es justamente que el entorno que rodea resulta ser muy cambiante, debido a distintas razones como nueva infraestructura hospitalaria, nuevos

paradigmas en materia de Derechos Humanos, nuevas leyes, nuevos fármacos y por tanto Normas Oficiales Mexicanas de suministro y aplicación de los nuevos fármacos o avances tecnológicos. De ahí que el personal de salud debe irse adaptando a esta nueva realidad cambiante, entonces es pertinente reflexionar sobre las condiciones que facilitan o dificultan la adaptación a la nueva realidad por parte de las distintas fuentes que orientan el accionar del personal de salud, como la misma institución, jefaturas, colegas y desde luego la población usuaria a la que se atiende.

3.3 Burocracias de calle

Ningún ser humano puede escapar de la burocracia del Estado, incluso desde *antes de nacer y después de morir*. Esta burocracia se materializa por medio de los empleados públicos que están a cargo de implementar el accionar del Estado a través de las políticas públicas, en la jerarquía organizacional, están en el último nivel, entonces estas personas reciben el título de “burocracias de calle”, a su vez, las *burocracias de calle* representan – desde el origen del Estado– esa cuota de “soberanía” que los seres humanos ceden a esta forma abstracta e intangible llamada “Estado” y que se materializa en el gobierno.

Antes de nacer porque el personal de salud que atiende a la mamá desde la gestación del bebé, durante el proceso del embarazo y en el momento del parto –ginecólogas/os, obstetras, pediatras, endocrinólogas/os, anestesistas, personal de enfermería e inclusive parteras– es el encargado de garantizar una serie de derechos humanos, derivados del derecho a la salud, a lo largo de la vida humana se tiene relación con las *burocracias de calle* en diferentes aspectos, procedimientos e instituciones. Cuando llega el momento de la muerte, como proceso natural de la vida, entonces también se tiene contacto directo con las *burocracias de calle*.

Después de morir, pues porque un/a médico/a forense debe certificar el fallecimiento de la persona, sus causas. Seguido de esto, la presidencia municipal del municipio donde se registró el fallecimiento debe registrar el acta de fallecimiento, posterior a la vela y entierro de la persona fallecida –si se entierra en un cementerio municipal– se debe pagar una tasa anual por el espacio que ocupe el cadáver en dicho cementerio, de lo contrario, se retira el cadáver de la persona fallecida, después de siete años y se traslada al osario municipal.

Entonces, los resultados de una política pública están definidos por el personal que tiene contacto directo con la ciudadanía. Lipsky (1980) lo definía como Burocracias de Nivel de Calle, quienes enfrentan dificultades en la realización de su labor de “representar al Estado” por medio de su trabajo, por parte de la ciudadanía, como receptora de los servicios públicos del Estado, también existe una limitante, pues no siempre se garantiza el derecho a recibir un buen servicio público por parte de las instituciones, al carecer de un catálogo de “derechos de la ciudadanía” en las entidades, o “estándares de actuación” del funcionariado público. Lipsky (1980) considera que,

Un problema importante de las burocracias públicas en general y de las burocracias de nivel de ventanilla en particular es que los clientes no reciben el tipo de información que les permitiría comparar o evaluar su trato. Tampoco pueden comparar el trato que reciben este año con el trato brindado a los clientes en otros años, o comparar el desempeño de su agencia con agencias similares en otros lugares (p. 49).

3.3.1 Implementación, pero también confección

Además, debe considerarse que la política también se propone e implementa desde las burocracias de ventanilla (Gunn, 2018) en la medida en que son quienes ponen en práctica directamente lo definido en las reglas de operación, manuales, protocolos y demás documentos institucionales. De ahí, que es importante resaltar que las y los burócratas de calle participan en la confección de la política pública, dejando de lado, el hecho que nada más se involucran en la implementación. En el suministro de fármacos, por ejemplo, las solicitudes de adquisiciones de lotes de medicamentos que se realizan desde las y los auxiliares de farmacia debe servir de insumo para que las jefaturas de farmacia hagan las requisiciones del caso. Entonces un *auxiliar de farmacia* no es únicamente alguien que entrega medicamentos, sino también alguien que participa de la solicitud de compras de fármacos y, por tanto, hechor de la política pública y no solo implementador.

Mucho del involucramiento de las burocracias de calle tiene como origen la práctica clínica cotidiana, haciendo prácticos los documentos técnicos que rigen el funcionamiento de sus profesiones, pero también hacer “fácil” lo complejo de la terminología recogida en

estos documentos técnicos y normativos, como en el caso de alguna terminología médica utilizada en los documentos técnicos que rigen el funcionamiento del CAPASITS. Payá et al. (2019) afirman en sus notas de diario de campo una anécdota que sirve para ejemplificar esta práctica

Ingresan dos hombres quemados al Área de Urgencias. [...] Se observa decisión y profesionalismo en la enfermera, conoce su trabajo, no duda. Sabe también de la gravedad del paciente, comenta que después del lavado colocará medicamento y vendaje, que por la piel respiramos y transpiramos toxinas, que la piel es un órgano susceptible de infectarse y el riesgo de morir del paciente es muy grande (p. 92-93).

Lo anterior, aunado al hecho que las burocracias de calle deben recibir la adecuada capacitación y formación para ejercer su labor, además de procesos de sensibilización para la atención a personas que son parte de un grupo vulnerable; de no recibirla, es lógico que no hagan bien su trabajo y eso genere malestar tanto para la institución, jefaturas y personal operativo, como para el público que es usuario de los servicios públicos que se reciben. A este respecto, Gunn (2018) consideraba la necesidad de influir en el comportamiento del personal que implementa una política pública, y la resistencia al cambio de paradigmas.

De forma generalizada, las políticas públicas pueden tener cierto nivel de “adaptabilidad”, que puede darse a partir de cambios en la normativa que regule determinada política pública, avances tecnológicos o circunstancias muy particulares; lo que también tiene como fuente las burocracias de calle. Las políticas de salud son un ejemplo de la adaptabilidad que pueden tener las políticas públicas, el COVID 19 es una muestra de ello al igual que las enfermedades nuevas, pues elementos como el conocimiento de esta nueva enfermedad, la fabricación de las vacunas, su prueba piloto, su distribución y la logística específica para cada país, grupos poblacionales, trabajadores de la salud y de las diferentes instituciones de los gobiernos, el manejo de los cadáveres, los protocolos hospitalarios para el personal de salud; entre otros aspectos. Y en el caso del VIH, y del personal de salud, es propicio referirse a la adaptabilidad que debe tener para con las personas usuarias, tanto en los mecanismos de comunicación, como de atención, consulta médica y funcionamiento.

Este ejemplo puede equipararse a las personas usuarias de clínicas especializadas en atención a ITS que requieren una atención específica, pues el tratamiento clínico y farmacológico de estas enfermedades es solo una parte de las mismas, hay un componente de identidad y expresión de género, pertinencia cultural, pueblos originarios; entre otros aspectos, que deben tomarse en cuenta para el abordaje de las enfermedades y cómo se abordan con la diversidad de pacientes que son atendidas por el personal de salud. Otro matiz importante es que, si se tiene un horizonte común de trabajo, las posibilidades de fracaso se aminoran.

3.3.2 Entre la normativa y la discrecionalidad

A partir de lo anterior, es importante establecer que los dos grandes marcos de actuación y de referencia que orientan el accionar de las burocracias a nivel de calle son las *reglas de operación*—entendidas como el conjunto de normativas que rigen el funcionamiento de programas y políticas públicas y su personal— y la *discrecionalidad* (Maynard-Moody et al., 2018). Si se entiende en *términos arquitectónicos*, la normativa es la obra gris, piso, paredes, techo, ventanas y la discrecionalidad es la manera en que se acomodan los muebles de la casa.

El criterio de discrecionalidad debe tener un límite y no puede ser carta abierta para que las burocracias de calle actúen discrecionalmente siempre, saliéndose de sus funciones, prestando un servicio público deficiente o colocando personas en peligro. Este límite puede estar definido por el rol que juega el personal de las instituciones, y por tanto por el contrato de trabajo, descriptor de puesto y manual de funciones, tomando en cuenta además que en materia específica de Recursos Humanos hay evaluaciones de desempeño y a nivel institucional hay metas que se deben cumplir, mismas que son monitoreadas regularmente para asegurar su cumplimiento, a nivel de todo el Estado.

La regulación de los distintos procesos y procedimientos aminora el margen de discrecionalidad que se pueda tener al momento de desempeñar determinadas funciones, y, por tanto, se aminora la cantidad de posibles daños, errores o fallas en el servicio público que se presta, posibles vulneraciones a derechos. No obstante, también es cierto que la excesiva regulación del funcionamiento de las clínicas especializadas como el CAPASITS, y las acciones implementadas por el personal de salud podría generar otro tipo de dinámicas;

indudablemente hay matices que dependen de la discrecionalidad del personal de salud (Maynard-Moody et al., 2018).

El trato del personal de salud hacia las personas usuarias de estos servicios, así como el cumplimiento de sus funciones; puede tener consecuencias positivas o negativas en la salud de las personas, por un lado, si hay un *buen trato* en el marco de las relaciones interpersonales, en el marco del *enfoque de Derechos Humanos y de género*, una *orientación adecuada* en términos médicos, entonces una persona usuaria de los servicios de salud tendrá adherencia a un tratamiento médico, para el caso del VIH el TAR, y para el caso de la prevención del VIH, el PrEP. Sin embargo, y de acuerdo con Ferreira & Gomes (2007) hay marcadas diferencias entre el personal de salud y las personas usuarias, lo que es visible en el CAPASITS, tomando en cuenta los criterios de enfermedad, su gravedad y atención, por ello, la transmisión de información en lenguaje sencillo es primordial, para la gestión de la atención en salud, sobre esto Knoepfel et al., (2008) sugieren que el lenguaje utilizado debe contar nociones técnicas de su campo de aplicación, esto implica que se debe explicar con términos comprensibles para las personas usuarias, sin perder el rigor científico del caso, un aspecto que se considera de mayor manera en la actualidad, en los procesos de contratación del recurso humano de la salud.

Por el otro lado, si hay un *mal trato* en el marco de las relaciones interpersonales, atención fuera del marco del *enfoque de Derechos Humanos y de género*, si hay una *orientación inadecuada* en términos médicos, entonces una persona usuaria de los servicios de salud no tendrá adherencia a un tratamiento médico, y por tanto verá vulnerado su estado de salud y esto tendrá consecuencias –a su vez– en la calidad de vida de la persona usuaria, inclusive ocasionando la muerte. Un maltrato por parte de una burocracia de ventanilla se traduce en la no garantía del derecho constitucional a la salud por parte del personal de salud, esto es lo más grave, sobre esto Menéndez & Di Pardo (2009) refieren la documentación realizada por los medios de comunicación sobre maltrato y discriminación que reciben las y los pacientes que viven con VIH-SIDA, respecto de las cuales existen muchas causas, pero que se entienden asuntos internos del propio CAPASITS y su operatividad.

Sin embargo, la discrecionalidad (Maynard-Moody et al., 2018) y la cotidianidad en las instituciones debe generar un *aprendizaje* derivado de las políticas públicas y dicho aprendizaje debe ser tomado en consideración en la actividad institucional. Cuando se

implementa una política pública es difícil predecir los resultados de estas, por lo que, si bien debe asumirse un grado de riesgo, el mismo debe procurar causar el menor daño posible, sobre todo a la población objetivo. Si el resultado de la implementación de la política pública se vuelve heterogéneo, entonces habrá que ir haciendo los ajustes necesarios durante su implementación, no obstante, en clínicas especializadas como el CAPASITS, es propicio realizar revisiones de los procesos de implementación de sus distintos servicios, de manera periódica.

En la rutina diaria, las burocracias de calle se encuentran en la dicotomía diaria de implementar sus *reglas de operación*, para darle solución a *casos individuales* de la ciudadanía que acude a las instituciones a hacer valer sus derechos. Es entonces, donde entra otra dicotomía, la de apegarse de manera estricta a las reglas de operación o la de *salirse un poco de lo regulado*, para satisfacer las necesidades de la ciudadanía, como se ha insistido, actuar en base a la discrecionalidad (Maynard-Moody et al., 2018), que bien puede beneficiar a la ciudadanía o perjudicarla. El tipo de decisión que se tome no tiene una respuesta única, y para tomar este tipo de decisiones, se requiere ganar experiencia, decidir en base a la *prueba y error*. Claramente, en el CAPASITS esto depende de la dinámica diaria y de las situaciones particulares que se vayan dando, y los mecanismos de reacción y respuesta, frente a dichas situaciones.

En general, la literatura sobre burocracias de calle habla de “acercarse a la ciudadanía” en el marco de la toma de decisiones, para procurar su mejor beneficio, y resolver de acuerdo con criterios que resulten beneficiosos para quien *demand*a y *utiliza* un servicio público, existen muchos ejemplos en distintos ámbitos en los que se procura resolver “acercándose a la ciudadanía”. En la atención en el CAPASITS, a personas usuarias cuyo origen nacional sea distinto al mexicano, una manera de acercarse a la ciudadanía implica entender el contexto personal de cada persona usuaria, sus necesidades, para atender con pertinencia cultural, un tema como el VIH, sobre todo porque el proceso de gobierno en materia de atención a personas extranjeras, y además si tienen una situación migratoria irregular, es muy complejo.

En cierto modo, la toma de decisiones, como *mecanismos de afrontamiento*, por parte del personal de salud del CAPASITS, se ve influenciada por conflictos morales (Vink et al., 2015), que resultan del balance o desbalance entre factores como nuevas políticas

institucionales, obligaciones profesionales, demandas de las personas usuarias, reglas organizacionales; entre otras, de ahí que Tummers et al., (2015) han relacionado cómo estos comportamientos y mecanismos de afrontamiento deberían ser tolerados, reducidos o dominados, según sea el caso y el contexto. Desde esta perspectiva, se hace referencia a los tipos de conflictos que existen, relacionados con valores y actitudes profesionales; necesidades y expectativas de la ciudadanía; y conflictos organizacionales. De ahí que, dentro de los mecanismos de afrontamiento se identifique la negociación, oposición, escape, acomodación, solución de problemas, búsqueda de soporte e impotencia; que no dejan de ser parte de las situaciones que afronta el personal de salud en el CAPASITS.

Esta última idea da paso al hecho de cuestionar la manera en que las burocracias de calle leen, entienden, analizan, asimilan e implementan las reglas de operación que rige su funcionamiento. En la edición de aniversario de 2010, de su texto clásico, Lipsky (2018) afirma

Para entender cómo y por qué estas organizaciones actúan algunas veces en contra de sus propias reglas y objetivos, necesitamos conocer la forma en que los trabajadores de la institución perciben estas reglas, la libertad de acción con que cuentan para atender las solicitudes según su criterio, así como otras presiones a las que están sujetos (p. 30).

Por tanto, aunque es cierto que buena parte de las burocracias de calle se involucraron en sus labores por considerar que son útiles para la sociedad, la realidad es que, desde la ciudadanía se debe tomar en consideración las posibles limitaciones que se tienen para cumplir con las demandas de la ciudadanía; adicionalmente el sobre costo que se genera en algunas ocasiones, para diferentes trámites y procesos de gobierno, sobre costo que no todas las personas pueden cubrir, y por tanto el acceso a dichos trámites y procesos de gobierno se vuelve en algo elitista y en un privilegio al que menos personas pueden acceder. De nuevo, Lipsky (2018) afirma que

Como individuos sujetos a la burocracia, deben moderar sus demandas de acuerdo con su evaluación de las limitaciones de las agencias públicas que controlan los

beneficios y las sanciones. Aunque es evidente que muchas veces se hacen excepciones y se echa mano de recursos adicionales, los ciudadanos también están conscientes del alto e infructuoso costo que puede tener hacer valer sus derechos (p. 34).

3.3.3 *¿Materia prima o derechos?*

Una reflexión adicional en este punto, es cuestionarse si la ciudadanía se convierte en mera materia prima para que las burocracias de calle, administración pública e instituciones cumplan su labor, a través de protocolos, reglamentos, normativas, metas y métricas, sobre todo, cuando se presentan situaciones muy complicadas en las que las reglas de operación no resuelven del todo las necesidades de la ciudadanía, y el personal debe atenderle en base a otros criterios, como su experiencia profesional, formación académica, "la tradición" o pericia o por el contrario se les ve como seres humanos a quienes se les garantizan derechos, en cuanto a las personas que viven con VIH, habrá que pensar si se les garantiza su derecho a la salud, o se les ve como personas que reciben medicamentos en un servicio público de salud.

Esto porque las principales fuentes que tienen las burocracias de calle de acuerdo con Maynard-Moody et al., (2018), para llevar a cabo su labor son tres: en primer lugar, las creencias, capacitación y profesionalismo; en segundo lugar, conducen su accionar en razón de una suerte de “imitación” de lo que hacen sus colegas y en tercer lugar retoman al cliente o persona usuaria como fuente para tomar decisiones, es la misma persona usuaria, quien en algunas ocasiones otorga información a la burocracia de calle. Este marco de referencia, que en ocasiones funciona desde la relación *burocracia de calle-persona usuaria*, también genera otras dinámicas relacionadas con la forma en que la burocracia de calle asume, entiende y atiende a la persona usuaria, basado –desde luego– en aspectos muy subjetivos, que pueden englobarse como “prejuicios”.

En consonancia con estas ideas, es importante reflexionar sobre la necesaria legitimidad que se les debe dar a las burocracias de calle, por parte de la ciudadanía, visualizándoles como “agentes” del Estado, y, por tanto, en quienes se deposita una cuota de *soberanía*, como ya se dijo, aunque esto podría parecer una sutileza, no deja de ser importante en la toma de decisiones y la gestión pública, por la misma relación asimétrica de poder que

existe entre las personas usuarias y quienes prestan servicios de salud. La puesta en práctica de las acciones realizadas por parte de las burocracias de calle, según Hupe & Buffat (2018) implica las consiguientes dos circunstancias:

Cuando el número o la naturaleza de las prescripciones para la acción rebasa los recursos para la acción existe una brecha de servicio público.

Cuando el número o la naturaleza de los recursos para la acción rebasa o es igual a las prescripciones para la acción, lógicamente no existe una brecha de servicio público (p. 216).

Ya se hizo referencia al tema de los dos grandes marcos de actuación y de referencia, que orientan las acciones de las burocracias de calle: La normatividad y la discrecionalidad. En este punto también es fundamental reflexionar sobre la forma en que las burocracias de calle “lidian” o se comportan frente a la población usuaria. Entonces Lars et al., 2018 (p. 343) establecen dos momentos en la interacción con la población usuaria “Durante las interacciones del usuario con el trabajador” y “No durante las interacciones del usuario con el trabajador”; así como también dos grandes maneras de “lidiar”: conductual y cognitivamente; resumiéndolo de esta manera:

Tabla 1

Cuadro VII.I Ejemplos de las diversas formas de lidiar por parte de los trabajadores en los puntos de atención al usuario

Manera de lidiar	Lidiar conductualmente	Lidiar cognitivamente
Momento		

Durante las interacciones del usuario con el trabajador	1- Darles vuelta a las reglas, romper las reglas, agredir a los usuarios, rutinizar, racionar, uso de recursos personales para ayudar a los usuarios.	2- Cinismo dirigido a los usuarios, compasión hacia los usuarios, distanciamiento emocional respecto a los usuarios.
No durante las interacciones del usuario con el trabajador	3- Apoyo social de compañeros, quejas hacia los gerentes, rotación, abuso de sustancias.	4- Reestructuración cognitiva, cinismo hacia el trabajo, alienación por el trabajo.

En el trabajo diario, las burocracias de calle se enfrentan con situaciones que no están escritas en ningún manual de procedimientos, en ninguna normativa ni documento técnico; pero que demandan una respuesta por parte de las burocracias de calle, el CAPASITS es un espacio que no escapa a esta realidad. Una persona que no sabe leer y escribir, en pleno 2024, necesitará auxilio adicional para comprender una receta médica, por ello, las decisiones que toman para gestionar estas situaciones demandarán del uso de recursos personales. Entonces los mismos autores (Lars et al., 2018) afirman

Cuando los trabajadores se enfrentan con los usuarios necesitados y sienten que pueden actuar con cierto margen de discrecionalidad en su trabajo, a veces usan sus recursos personales en beneficio del usuario o toman medidas instrumentales para aliviar el problema. Estos hallazgos concuerdan con el trabajo sobre el proceso de lidiar en psicología, que concluye que la elección de una forma particular de lidiar es situacional: está influida por cómo las personas evalúan el contexto estresante (Folkman y Moskowitz, 2000)” (p. 262).

Por esto, es importante entender que los parámetros de actuación de las burocracias de calle no se encuentran escritos en piedra, y que pueden tener variaciones de acuerdo con diferentes circunstancias. Por esto, no resulta extraño que el ser extranjero y usuario de los sistemas de salud, tenga prerrogativas específicas, frente a la posibilidad de ser nacional y usuario de los sistemas de salud. Ser extranjero puede jugar a favor o en contra, dependiendo de las circunstancias que atraviesan a la persona usuaria de los sistemas de salud. Entonces, pedir orientación respecto del transporte colectivo disponible cerca del hospital donde se tiene la consulta médica, no es algo que sea parte de las funciones de un burócrata de calle, y la manera en que se responda a esto, generará otras circunstancias que maten el comportamiento de las personas usuarias y burocracias de calle, y la forma en que se visualizan entre sí.

3.3.4 ¿Cómo conducirse para con las personas usuarias?

Respecto de la atención hacia las personas usuarias que necesitan servicios especializados en materia de VIH e ITS, se afirma que uno de los pilares más importantes en la atención hacia este sector de la población, es el personal de salud, que se conduce con códigos de comportamiento y de ética propios de su profesión, al respecto se vienen introduciendo ciertos parámetros de comportamiento desde la década de los ochenta, la literatura de la época lo recoge así, sobre esto Brennan (1989) afirma que

Por otro lado, los médicos y enfermeras son miembros de profesiones que tienen largas tradiciones de comportamiento ético y códigos éticos bien desarrollados. Tienen obligaciones éticas más allá de sus deberes como ciudadanos. Se podría argumentar que los profesionales de la salud pueden tener algún deber de tratar a todos los pacientes, incluidos aquellos con infección por VIH, incluso frente a algún riesgo personal (p. 69).

En este orden de ideas; la atención en salud, en cualquier escenario demanda calidad y calidez, alcanzar los estándares de calidad y calidez conlleva un enorme esfuerzo por parte de las autoridades, debido a que implica cambiar paradigmas en el personal de salud, lo que puede llevar muchos años, en algunos casos, por ello se realizan esfuerzos de carácter

formativo y de sensibilización, para el personal de salud; esto es algo que se viene estableciendo desde la literatura en la década de los ochenta, es importante porque la manera en que el personal de salud se ve a sí mismo, incide en la calidad de la atención. Rogers (1989) sugiere algunas acciones para la mejora de los sistemas de salud en la atención a personas que viven con VIH, como el desarrollo de nuevos servicios en los distintos niveles de salud, que permitan descongestionar la demanda en algunos hospitales, además del trabajo colaborativo entre quienes forman parte del personal de salud.

Para ir concretizando, y sobre las clínicas CAPASITS, cuentan con una amplia y diversa planta de recursos humanos que tienen funciones específicas y un rol que jugar en la atención a la población usuaria; en primer lugar el personal de vigilancia que debe garantizar la seguridad tanto de la población usuaria como del personal de salud, pasando por otras áreas como la dirección general que está a cargo de liderar todo el proceso de funcionamiento del CAPASITS, la coordinación general a cargo de la parte de la atención, el área paramédica que tiene consultorios con atención específica en psicología, odontología, nutrición, enfermería y un área de trabajo social; además del laboratorio clínico, en donde se realizan diferentes pruebas médicas; el área médica, donde hay medicina general, medicina especializada, epidemiología.

Finalmente, un área de farmacia para el despacho de medicamentos a la población usuaria, el archivo donde se encuentran los expedientes clínicos de las personas usuarias y estadística donde le dan seguimiento a la adherencia a los diferentes tratamientos que tienen disponibles en CAPASITS. En suma, la discrecionalidad aplica para aquellos aspectos que no tengan una regulación específica, pero que no afecten la calidad del servicio proveído, ni genere ningún tipo de daño. Pardo et al. (2018) consideraba:

La discrecionalidad tenderá a limitarse mejor en la medida en que la política tenga muy bien definidos sus objetivos, claramente asignados sus recursos y no intervenga un número excesivo de actores o niveles de gobierno [...] Pero dado que la discrecionalidad resulta un atributo más bien intrínseco a la implementación en el caso de la prestación de servicios, lo importante entonces será entender cómo puede afectar la claridad de los propósitos de las políticas públicas, su buena gestión y el uso de los recursos existentes (p. 12).

Las políticas de salud pública deben tener calidad en la atención a las personas usuarias, y la calidad debe venir también por parte del personal de salud de todos los niveles, incluyendo el personal de salud que atiende el CAPASITS en el estado de Hidalgo; si bien los criterios de calidad en la atención a las personas usuarias deben venir de la normativa existente, también deben incorporarse en la consulta diaria, otros criterios de conducta ética y profesional que tengan un origen de la propia disciplina de las ciencias de la salud, la coacción hacia quienes no atienden con calidad a las personas usuarias debe ser siempre la última opción y no la primera.

Para lo anterior, es imperativo dar seguimiento a las reglas previamente establecidas y el establecimiento de una cultura de respeto hacia las mismas porque esto permite que las instituciones existan y permanezcan en el tiempo, es cierto que pueden existir excepciones en el seguimiento de las reglas existentes, pero deben quedarse como excepciones y no como reglas, así que esto desnaturaliza la función de una institución y de su funcionariado. Si bien los reglamentos, directrices y reglas de operación no son permanentes ni perennes, lo cierto es que debe promoverse el establecimiento de una rutina de seguimiento de esas directrices emitidas por los mandos medios y superiores, que permitan satisfacer una demanda específica de una población determinada; pero las reglas de operación también deben tener flexibilidad en el sentido que no siempre puede cumplirse lo planteado en las mismas, y en ocasiones no depende de quién implementa la política, sino de externalidades que pueden ocurrir. Sobre esto March & Olsen (1997) consideraban que:

La estabilidad en una institución es, en parte, resultado de la existencia de este conjunto de conocimientos y prácticas compartidos que permite que las intenciones y acciones de los individuos sean interpretadas correctamente por sus colegas. A partir de este conjunto de conocimientos y prácticas se construyen las normas de la institución. En ellas se encuentran codificadas las atribuciones y obligaciones de los roles que desempeñan los individuos en la organización (p. 26-27).

En el caso de la política de salud, deben identificarse las barreras que enfrenta el personal de salud implementador de las reglas de operación como el desconocimiento que

puede existir de los protocolos, reglas de operación o guías de aplicación práctica por parte de los burócratas de ventanilla, es decir que, a nivel gerencial, en mandos medios y superiores puede ser que existan distintas barreras para la capacitación, como el hecho que no es su obligación, no les pagan más, existen pocos incentivos para capacitarse; entre otros.

Además del impedimento que existe para su puesta en práctica como infraestructura, uso de Tecnologías de Información y Comunicación, medicamentos e insumos, impedimentos laborales. También el hecho que el personal de salud debe basar la consulta en las guías clínicas más actualizadas, las cuales deben ser renovadas, las renovaciones sometidas a prueba y socializadas con las burocracias de ventanilla, quienes deben retroalimentar a sus mandos medios y altos, y hacer sugerencias de ajuste según lo consideren, para esto es clave la articulación entre las diferentes instituciones que atienden a las poblaciones en alto riesgo, por consiguiente si no existe una articulación interinstitucional, las personas atendidas por el personal de salud de las clínicas especializadas pueden quedar desprotegidas.

Por esto, habría que plantear otros aspectos como la redistribución del personal de salud en función de las necesidades de consulta de la población usuaria y la contratación de nuevo personal en función de la redistribución, jubilación, renuncia o despido. Es decir, la forma en que se gestiona el Recurso Humano y se opera bajo una lógica de gobernanza en la salud pública.

En este punto es pertinente considerar el hecho que aún existen dificultades para que las políticas públicas sean confeccionadas desde la pluralidad de visiones de vida y perspectivas de la población objetivo, si la misma no es tomada en cuenta desde el diseño, resultará complicado que la población objetivo pueda empoderarse y apropiarse de ella para exigirla, ejercerla y hacerla valer. Si bien la población meta puede ser incorporada en alguna de las distintas etapas de la política pública, lo ideal es que participe desde el inicio, sobre todo porque al generarse situaciones que promueven la modificación del problema público y de la respuesta al mismo por medio de la política pública, si la población meta está involucrada desde el principio pueden identificarse mejor las causas de la modificación al problema público, hacer propuestas de solución al problema, comunicarlo mejor a los actores involucrados informándoles de la situación, con esto se genera transparencia y se promueve la gobernanza de la política de salud.

Dicho lo anterior, es pertinente finiquitar el presente apartado estableciendo que estos tres enfoques teóricos servirán de base para entender el problema de las *dificultades que tiene el personal de salud*, en la atención diaria hacia las poblaciones clave que reciben diferentes servicios en el CAPASITS de Pachuca de Soto, Hidalgo. Dando lugar a la estrategia metodológica y el trabajo de campo.

Capítulo 4: Metodología y Trabajo de Campo

Es común que las enfermeras o los anestesiólogos se nieguen a participar en alguna operación quirúrgica, porque calculan que el tiempo de intervención rebasará su horario de trabajo. Los conflictos entre los actores le imprimen su sello a la dinámica hospitalaria, algunas veces contradiciendo los objetivos de brindar una mejor calidad en la atención de la salud.

(Payá, et al., 2019, (p. 34)

“Hombres y mujeres de blanco”

4.1 Naturaleza de la investigación y diseño del estudio

Para la ejecución de la presente investigación se pensó en el uso de metodología cualitativa que permitió la recolección, procesamiento y análisis de la información recogida en el trabajo de campo de forma ordenada, la utilidad práctica de la metodología cualitativa está orientada hacia la comprensión de las *acciones humanas* (Ñaupas et al., 2014). De manera que, en este caso, son las acciones humanas llevadas a cabo en el marco de la práctica clínica cotidiana y las interacciones entre el personal de salud y las personas usuarias del CAPASITS, además de esto, es importante establecer que mediante la puesta en práctica de distintas técnicas de investigación y de acuerdo con King et al., (1994) la dicotomía causa-efecto, sirve para determinar el alcance de las interacciones sociales como causa y la atención diaria como efecto, con todo y el riesgo -siguiendo a King et al., (1994)- que algún dato recogido en el trabajo de campo, se quede obsoleto, inclusive antes de procesarlo; teniendo esto en cuenta, la presente investigación pretende dar una explicación al fenómeno en cuestión.

De este modo, en principio se realizó investigación documental mediante gestión de archivo en las instalaciones del CAPASITS, con los archivos que fueron facilitados por sus autoridades para obtener los insumos que permitan conocer y comprender el rol del personal de salud de clínicas especializadas y su puesta en práctica en Pachuca de Soto, en la atención a las personas usuarias; priorizando el documento más operativo, que recoge los procesos que se siguen de manera cotidiana: *Manual de procedimientos de UNEME (Unidad de Especialidad Médica) CAPASITS estatal, 2022.*

Seguidamente, se hizo trabajo de campo, donde se aplicaron entrevistas semiestructuradas a los actores clave que se hayan identificado en la etapa previa de gestión de archivo, y observación no participante, para la comprensión del rol del personal de salud en el marco del funcionamiento del CAPASITS. Para comprender el alcance y la utilidad de la entrevista semiestructurada, es conveniente citar a Díaz-Bravo et al., (2013), quienes afirman sobre la entrevista semiestructurada:

Presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos (p. 163).

Respecto de la observación no participante, Campos & Lule, (2012) la definen como:

Se trata de una observación realizada por agentes externos que no tienen intervención alguna dentro de los hechos; por lo tanto, no existe una relación con los sujetos del escenario; tan sólo se es espectador de lo que ocurre, y el investigador se limita a tomar nota de lo que sucede para conseguir sus fines (p. 53)

En buena parte, los aspectos de mejora en la implementación de política pública pasan por sutilezas, detalles y hallazgos que no saltan a la simple vista, que no son fáciles de percibir y que por tanto no son tomados en consideración al momento de analizar la implementación de la política pública, ni de sugerir mejoras en su puesta en práctica, son aspectos que únicamente son vistos por quienes son testigos de primera mano de la provisión de un servicio público. Por lo que, se realizó observación no participante, con esta actividad se conoció el funcionamiento y trabajo entre el personal de esta clínica especializada. Desde esta óptica, se verificaron otros aspectos como la calidad de la atención prestada a la población usuaria; y en general, otros aspectos relevantes para la investigación verificables únicamente a través de la *observación*. A partir de esto, se esbozan los siguientes supuestos:

4.1.1 Hipótesis o supuestos de investigación

Siguiendo lo propuesto, respecto de partir de los supuestos, por Maciá Soler et al., (2014) y grupos-objetivo sugeridos por Knoepfel et al., (2008) y la relación de causalidad del fenómeno estudiado, sugerido por King et al., (1994) se plantean las siguientes hipótesis:

- ❖ Los distintos elementos del trabajo cotidiano realizado por el personal de salud del CAPASITS inciden en la atención diaria en VIH en el estado de Hidalgo.
- ❖ Los obstáculos externos e internos a los que se enfrenta el personal de salud en la atención diaria se reflejan en la atención diaria en VIH en el estado de Hidalgo.
- ❖ La gestión de los obstáculos externos e internos a los que se enfrenta el personal de salud del CAPASITS impacta en la atención diaria en VIH en el estado de Hidalgo.

4.2 Población de estudio

Para la selección de la población de estudio, se tomó como base el tipo de *muestreo por conveniencia*, que, según Martínez (2012) consiste en:

Se trata de las muestras integradas por informantes cautivos o por voluntarios. La selección es aquí la menos rigurosa; no se funda en ninguna consideración estratégica ni se rige por alguna intención teórica derivada del conocimiento preliminar sobre el fenómeno, sino que depende básicamente de la accesibilidad de las unidades, la facilidad, rapidez y bajo costo para acceder a ellas (p. 616).

Dicho esto, y para la definición final del listado de personal a entrevistar, se tomaron como base dos elementos: lo descrito en el *Manual de Procedimientos del CAPASITS*, que fue facilitado por la dirección de dicha entidad, el cual contrasta con la realidad, porque si bien es cierto el manual contempla una mayor cantidad de personal de salud operativo, al momento de hacer el listado, la cantidad de personal es menor al estimado; esto responde a que el personal asume una o más funciones de las que usualmente le correspondería. Por lo que también se tomó como criterio recurrir al personal que atiende directamente a la población usuaria del CAPASITS, estos parámetros fueron facilitados por la coordinadora administrativa de esta institución.

Tabla 2*Cuadro resumen de las entrevistas semiestructuradas aplicadas en el CAPASITS.*

#	Fecha de entrevista	Nomenclatura	Área	Profesión	Género	Duración	Edad	# de páginas
1	24.09.2024	PSIPREM44	PREVENMOVIHL	Psicóloga	Mujer	01:41:16	44	29
2	25.09.2024	PSIPREM40	PREVENMOVIHL	Psicóloga	Mujer	01:03:28	40	22
3	26.09.2024	TRASOTSM45	Trabajo Social	Trabajadora Social	Mujer	01:03:40	45	25
4	27.09.2024	PSIPREPM37	PrEP y PEP	Psicóloga	Mujer	01:21:32	37	29
5	03.10.2024	NUTNUTM43	Nutrición	Nutricionista	Mujer	01:13:18	43	27
6	04.10.2024	PSIAPH55	Psicología	Psicólogo	Hombre	01:06:46	55	24
7	08.10.2024	DRMCH51	Medicina	Médico	Hombre	01:25:32	51	35
8	14.10.2024	DRMCH34	Medicina	Médico	Hombre	01:09:46	34	26
9	24.10.2024	TRASOTSH24	Trabajo Social	Trabajador Social	Hombre	01:36:12	24	33
10	25.10.2024	ENFEM61	Enfermería	Enfermera	Mujer	01:51:38	61	38
11	28.10.2024	EDEDM32	Calidad, Capacitación y Enseñanza	Psicóloga	Mujer	01:07:17	32	27
12	07.11.2024	DRAMCM48	Medicina	Médica	Mujer	01:15:49	48	31
13	14.11.2024	PSIARCHM32	Archivo Clínico y/o Apoyo Archivo	Psicóloga	Mujer	01:12:34	32	28
14	26.11.2024	ENFEM58	Enfermería	Enfermera	Mujer	01:26:10	58	31
15	19.11.2024	ENFEH29	Enfermería	Enfermero	Hombre	01:26:48	29	32
16	21.11.2024	TRASOTSM53	Trabajo Social	Trabajadora Social	Mujer	01:28:54	53	32
17	22.11.2024	FARALMH53	Almacén de Recursos Médicos y Farmacia	Farmacéutico	Hombre	01:19:41	53	29
18	25.11.2024	PSIAPM41	Psicología	Psicóloga	Mujer	01:09:36	41	27
19	18.12.2024	ENFEM58L	Enfermería	Enfermera	Mujer	00:49:31	58	19
20	24.12.2024	POLARCH41	Archivo Clínico y/o Apoyo Archivo	Politólogo	Hombre	00:52:02	41	19
21	10.01.2025	PSIAPM38	Psicología	Psicóloga	Mujer	00:26:53	38	11
22	13.01.2025	INFFARM38	Farmacia	Informática	Mujer	00:20:51	38	10
23	17.01.2025	ODOOMM52	Odontología	Odontóloga	Mujer	00:45:27	52	20
24	20.01.2025	PSICOPM49	Coordinación	Psicóloga	Mujer	00:47:54	49	19
TOTAL O PROMEDIO						28:02:35	44	623

Nota. Elaboración propia

Un dato importante a destacar es que la planilla del CAPASITS tiende a ser muy dinámica, esto significa que no hay un listado de personal “permanente” que labore allí, sino que de manera periódica se encuentran contratando nuevo personal para apoyar su funcionamiento en la asunción de distintas labores, debido a que existen distintas modalidades de contratación del personal de salud.

De tal forma que se llevaron a cabo un total de 24 entrevistas semiestructuradas aplicándose la primera el 24.09.2024 y la última el 20.01.2025, estas se llevaron a cabo en las áreas clave del CAPASITS. La duración de las entrevistas del CAPASITS tuvo una extensión variada, siendo la más corta de 00:20:51 veinte minutos con cincuenta y un segundos y la más larga, de 01:51:38 una hora, con cincuenta y un minutos y treinta y ocho segundos; totalizando 28:02:35 veintiocho horas, con dos minutos y treinta y cinco segundos. En cuanto a longitud de las transcripciones, también tuvieron una extensión variada, siendo la más corta de 10 páginas y la más larga de 38 páginas, totalizando 623 páginas.

Cabe añadir que en este trabajo de campo se aplicó el criterio de saturación teórica, en dos sentidos: siendo el *primero*, el de la realización de algunas preguntas contenidas en el instrumento, por considerar que la información obtenida estaba suficientemente respaldada por las entrevistas hechas, y el *segundo*, en cuanto a la muestra, pues se determinó no seguir entrevistando a más personal de enfermería, por considerar que los elementos contenidos en las entrevistas sobre el personal de enfermería, ya estaban suficientemente respaldados. Respecto del criterio de saturación teórica, cabe destacar lo señalado por Ardila & Rueda (2013):

En la teoría fundamentada existe un momento en el que el investigador detiene la recolección de datos, porque considera que su teoría ya está construida y porque los datos adicionales, en vez de aportar al desarrollo de la teoría, incrementan el volumen de los mismos.

Figura 5

Fotografía 2: Áreas clave del CAPASITS

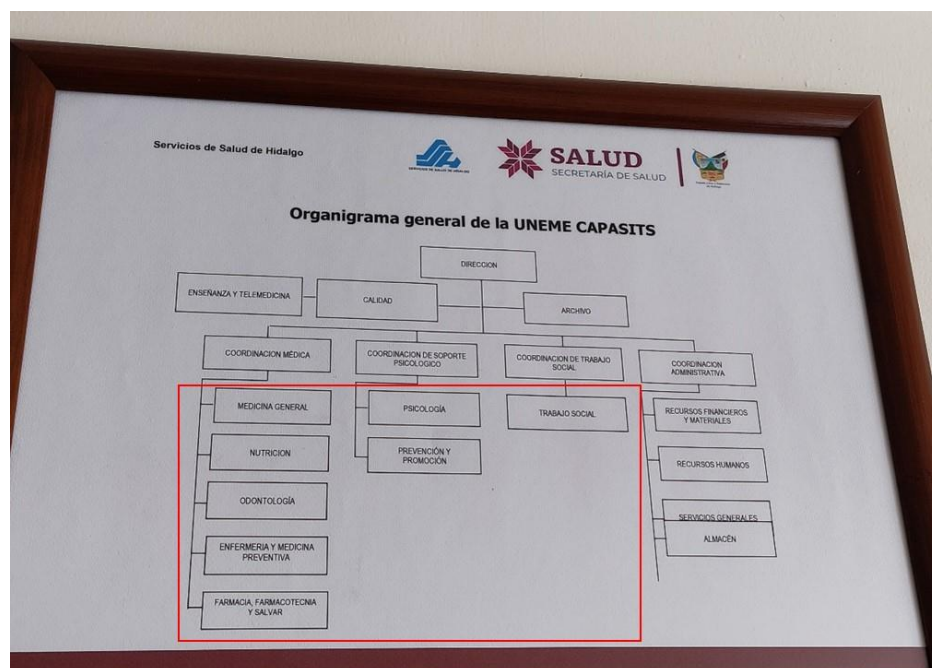


Nota. Elaboración propia.

Por ello, se definió que el personal de las principales áreas clave a entrevistar, en razón de tener atención directa con la población usuaria, son Calidad, Capacitación y Enseñanza, Archivo Clínico, Trabajo Social, SALVAR, Farmacia, Coordinación Médica, Nutrición, Odontología, Personal Médico Tratante, Enfermería, Módulo de Atención e Información, Módulo de Unidad Móvil y PREVENMOVIHL, Coordinación de Psicología, personal de psicología consultante, PrEP y PEP. En cada una de estas áreas existe una o más personas que están a cargo de atender a la población usuaria. A continuación, se muestra el organigrama del CAPASITS, el cual fue clave para delimitar a la población de estudio:

Figura 6

Fotografía 3: Organigrama general de la UNEME CAPASITS



Nota. Elaboración propia.

Entre las áreas clave, se encuentra el área de Farmacia, que prácticamente es el último lugar donde pasan las personas usuarias del CAPASITS en el ciclo de la consulta médica, y que sirve para ilustrar el componente de *áreas clave*. En la siguiente foto, se observa el espacio físico de esta área y parte de los anaqueles de metal, donde se colocan los distintos medicamentos que se proveen a las personas usuarias, tanto en esquemas farmacológicos como PrEP, PEP y TARV, así como otro tipo de medicamentos que son donados o suministrados al CAPASITS.

Figura 7

Fotografía 4: Farmacia del CAPASITS con distintos medicamentos



Nota. Elaboración propia.

Una de las instrucciones que fueron giradas al investigador para el trabajo de campo, fue la de llegar únicamente los lunes, miércoles, jueves y viernes después de las 12:00 del mediodía, el trabajo de programación y realización de entrevistas también fue regularizado por la coordinadora de psicología. Los martes no fue posible llevar a cabo la realización de trabajo de campo con el personal operativo de salud, debido a que ese día son las tomas de muestras de sangre, que sirven para la medición de la carga viral de VIH y el CD4, por lo que estar físicamente ese día, interferiría con el normal funcionamiento de la toma de carga viral de VIH y CD4.

Además de lo mencionado anteriormente, las personas que llegan ese día se sentirían observadas, comprometiendo la confidencialidad de su diagnóstico, llegándoles a incomodar, por ello, se optó por no llegar al CAPASITS los martes a entrevistar a personal clínico,

propiamente, y si es necesario, entrevistar a otro personal de otras áreas clave, que sean fundamentales en sus operaciones.

El listado total de personas a entrevistar sumó veinticuatro personas. De este listado, diecisiete personas son mujeres y siete personas son hombres, por lo tanto, el 70% del personal de salud operativo que atiende directamente a las personas usuarias son mujeres, siendo el promedio de edad de cuarenta y cinco años; mientras que el 30% son hombres, siendo el promedio de edad de cuarenta y un años, el rango de edades de este personal oscila entre los veinticuatro y los sesenta y un años; lo que permite inferir que el personal es heterogéneo y diverso en su composición etaria.

En cuanto a los perfiles profesionales, se tienen tres enfermeras, un enfermero, un farmacéutico, una ingeniera en informática, dos médicos, una médica, una nutricionista, una odontóloga, un politólogo, dos trabajadoras sociales, un trabajador social, ocho psicólogas, un psicólogo, de los cuales únicamente tres se dedican a la terapia psicológica, mientras que el resto da cumplimiento a otras funciones, que pueden o no estar establecidas en el manual de procedimientos.

Asimismo, se cuenta con estudiantes de nivel de Licenciatura en modalidad de prácticas profesionales, quienes realizan distintas funciones. En la siguiente fotografía se observan una serie figuras realizadas por practicantes del área de Trabajo Social, que a su vez colaboran con otras áreas del CAPSITS como psicología, y que fue realizado con material reciclable para ilustrar las emociones; materiales como este son visibles en los otros consultorios de psicología e inclusive, consultorios médicos.

Figura 8

Fotografía 5: Mural de las emociones en consultorio de psicología



Nota. Elaboración propia.

4.2.1 Operacionalización de las categorías

La operacionalización de las categorías (Ardila & Rueda, 2013) es una etapa previa a la confección de los instrumentos de investigación, que sirve justamente como una herramienta de interpretación de información cualitativa, e inclusión de los principales elementos de interés de la persona investigadora, para incluir en los referidos instrumentos y en la etapa posterior de trabajo de gabinete, en el procesamiento, y análisis de información.

Para visualizar de mejor manera esta operacionalización de categorías, se realizó la siguiente tabla con tres componentes, marcados en cada columna, que son:

Categoría de análisis, como el elemento de análisis principal.

Definición, como las características que tiene determinada categoría.

Indicadores, medida de observación cualitativa.

Tabla 3
Operacionalización de las categorías.

Categoría	Dimensiones	Indicadores
Perfil profesional y académico	Descripción de competencias adquiridas en la experiencia profesional y formación a nivel superior.	Formación académica. Experiencia profesional. Cargo en el CAPASITS. Responsabilidades.
Obstáculos internos	Conjunto de condiciones internas que inciden en el aumento de casos de VIH en Hidalgo.	Jornada diaria. Principales retos. Usuarios difíciles de tratar. Quejas más frecuentes. Grupos vulnerables. Trabajo en equipo y atención a población usuaria. Herramientas de trabajo suficientes. Uso de recursos propios. Claridad de lineamientos de trabajo. Toma de decisiones. Vínculo personal de salud-personas usuarias. Personas usuarias.
Gestión del estrés	Mecanismos de afrontamiento frente al estrés generado por la carga laboral.	Actividades más estresantes. Actividades de gestión del estrés. Espacios de descanso. Recesos. Influencia del estrés en la atención diaria.

Obstáculos externos	Cúmulo de externalidades que tienen influencia en el incremento de casos de VIH en Hidalgo.	Incremento en la demanda del servicio. Comunicación entre el CAPASITS y población usuaria. Recursos para la atención.
Lineamientos y capacitaciones	Que son las directrices que se emiten para el funcionamiento del CAPASITS y los procesos de entrenamiento que se imparten al personal de salud.	Capacitaciones recibidas. Financiamiento de capacitaciones recibidas. Temas pendientes de capacitación. Impacto de capacitaciones en calidad de atención. Mecanismos de comunicación sobre las capacitaciones. Cambios en lineamientos de atención. Puesta en práctica de lineamientos de atención.

Nota. Elaboración propia

4.3 Técnicas de análisis de información

Para la realización de esta investigación, se diseñaron consentimientos informados, como parte de la ética en la investigación científica y se aplicaron dos técnicas de investigación: Observación no participante, mediante su respectiva guía, y entrevista semiestructurada, también mediante su instrumento de entrevista semiestructurada; al mismo tiempo que se, esto se puede encontrar en el apartado de anexos. Con el fin de resguardar la confidencialidad de la identidad de la población de estudio, se decidió no incluir ninguna transcripción como anexo en la presente investigación, además de generar una nomenclatura para las citas que se incluyen en el capítulo de resultados.

4.3.1 Ética en la investigación del CAPASITS

La investigación como proceso conlleva una carga de ética profesional, debido a que la población de estudio son seres humanos, y, por tanto, es deber de la persona investigadora tomar en consideración esto, previo a aplicar alguna técnica de investigación con la población de estudio.

Lo anterior, al mismo tiempo que someter los instrumentos de investigación a revisiones por parte del equipo de apoyo, de personas expertas en investigación, que les den un perfil menos estigmatizante o invasivo a los instrumentos de investigación, y que pueda colocar a la población de estudio en una posición de vulnerabilidad. En la investigación se debe procurar causar el menor daño posible, parte de este proceso, también implica el resguardo en la identidad de las personas participantes y emplear los textos que corresponden a las técnicas empleadas de manera profesional.

El diseño del instrumento debe ser claro y conciso, para que las preguntas se entiendan y el desarrollo de las respuestas sea lo más apegado al objetivo de la investigación planteado, para no generar información que se aleje de esto, que no contribuya al abordaje del tema y que recoja aspectos que no corresponden a la investigación. De ahí que, para la aplicación de instrumentos como la entrevista semiestructurada, y siempre que así lo requiera la persona entrevistada, se firmará un consentimiento informado, en el que se explique brevemente y en un lenguaje comprensible, ¿En qué consiste la investigación? ¿Cuál es el objetivo de aplicar determinada técnica de investigación y el alcance que la misma puede tener?

Respecto del consentimiento informado y el formalismo que esto implica, Tullis (2019) afirma que “la formalidad burocrática del consentimiento informado parece ser incómoda, pero, con frecuencia, es la primera oportunidad que tienen los investigadores para discutir los riesgos y beneficios de un estudio o proyecto” (p. 162).

4.3.2 Mapa conceptual-Desagregación teórica

Para la confección de los instrumentos de investigación se tomó en consideración el planteamiento teórico de Dimensiones Sociopolíticas del VIH, Salud Pública y Burocracias de Ventanilla y su enfoque de salud pública social, resumido en el siguiente mapa conceptual:

Figura 9
Diagrama 1 Mapa conceptual-Desagregación teórica.



Nota. Elaboración propia.

En la aplicación de la guía de observación, se identificó el recorrido desde el ingreso previo de la población clave, el recorrido en las instalaciones, el abordaje por parte del personal de enfermería, el tiempo de espera para recibir atención, el lenguaje utilizado con la población clave, los pronombres adecuados, en particular para personas trans, finalizando el ejercicio con el tiempo de espera y despacho en la farmacia del CAPASITS; además de los procedimientos regulados en el Manual de Procedimientos.

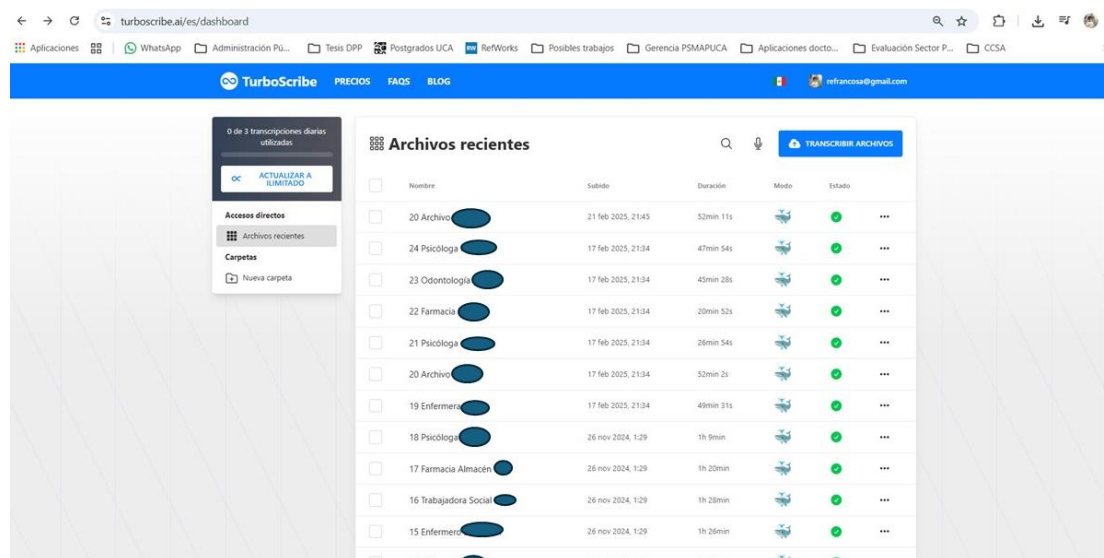
4.3.3 Procesamiento de información recogida en campo

Una vez recogida la información en la etapa de investigación de campo, se procesó mediante la transcripción del contenido de las entrevistas en el software *TurboScribe*, cuya

suscripción mensual por cinco meses tuvo un costo de \$ 1,962.77. El proceso de transcripción de entrevistas semiestructuradas consistió en tres etapas. Siendo la primera etapa, la subida de los audios al software de *TurboScribe*, la segunda etapa consiste en descargar los archivos en *Microsoft Word*, y en la tercera etapa se procedió a escuchar nuevamente el audio de cada entrevista y hacer correcciones finas de transcripción, que el software de transcripción realiza de manera incompleta. A continuación, se presentan imágenes de las etapas de transcripción usando el software de transcripción de audios *TurboScribe*:

Figura 10

Captura de pantalla 1: Primera etapa de transcripción de entrevistas, subida de audios.

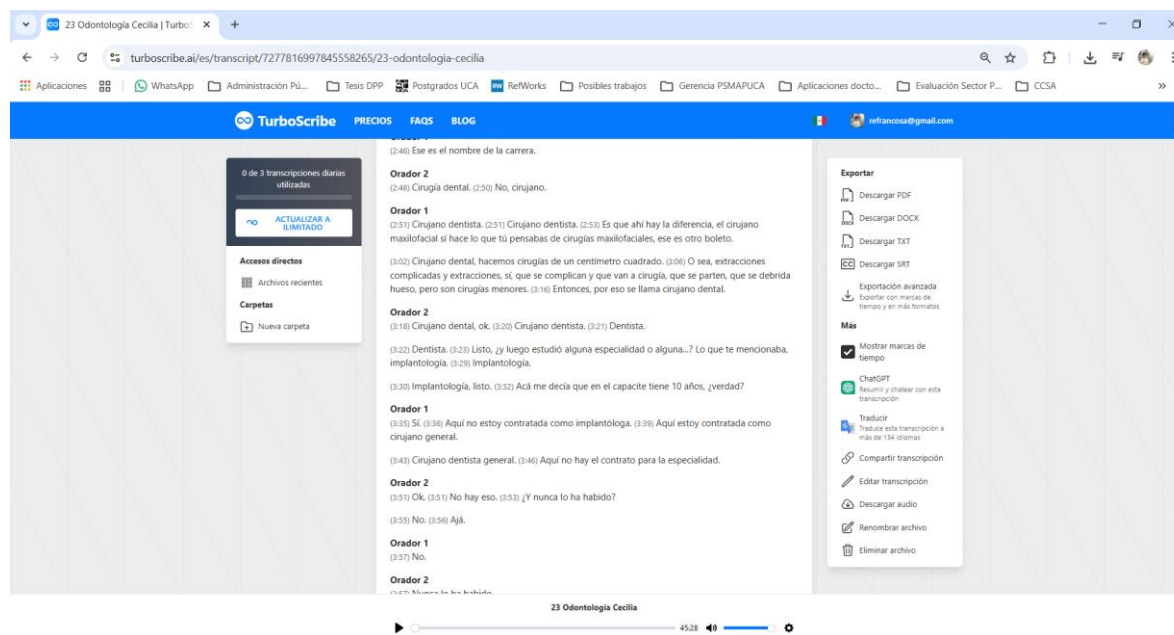


Nota. Elaboración propia

Aviso: Se censuraron los nombres para guardar la confidencialidad de las personas entrevistadas.

Figura 11

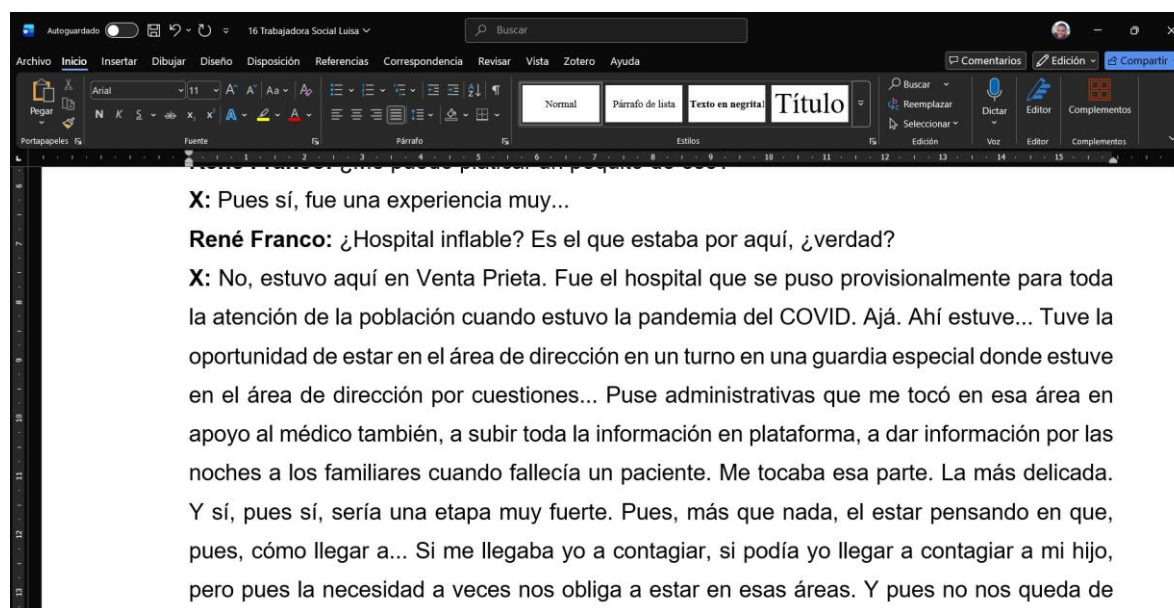
Captura de pantalla 2: Segunda etapa de transcripción de entrevistas descarga de archivos de Microsoft Word.



Nota. Elaboración propia.

Figura 12

Captura de pantalla 3: Tercera etapa de transcripción de entrevistas, corrección de transcripciones en Microsoft Word.



Nota. Elaboración propia

Una vez transcritas las entrevistas, se inició el procesamiento de la información recogida en el trabajo de campo, mediante el *proceso de codificación estructural* en el software MAXQDA edición 24, por cuya suscripción por seis meses se pagan \$ 1,299.00. La finalidad de realizar este proceso es para facilitar la localización de información correspondiente a temáticas específicas, lo que hace más fluido el proceso de análisis de información, creando las bases para todo el ciclo de codificación. Para comprender, ¿Qué es un código? Es preciso referirse a Saldaña (2009), quien planteaba sobre un código algo como una palabra o frase.

A su vez, Saldaña (2009) reflexiona que este método es importante porque permite categorizar la información, facilitando el acceso del investigador para su posterior análisis. Por ello, se generan bases con grandes volúmenes de texto, para su análisis, ya sea de forma individual, comparada y detallado; inclusive, llegando a tener análisis de textos, y tipos de respuesta. Este método es apropiado para la técnica de investigación de la entrevista semiestructurada.

En esta investigación se realizaron tres ciclos de codificación: El *primero*, agrupando información equivalente, teniendo en cuenta que en este ciclo pueden surgir categorías no previstas en el diseño del instrumento de entrevista semiestructurada, generándose códigos de nivel primario y secundario, o código principal y código secundario. En el *segundo*, se integran las categorías en temas, siguiendo un orden lógico, tomando como base el interés del investigador y las categorías de análisis; con el fin de establecer tendencias. Para comprender el ciclo de codificación se tiene el extracto de una entrevista semiestructurada:

Entrevistador: Ok, no conozco Huichapan, ya conoce... Ok, muy bien, y antes de trabajar aquí, a grandes rasgos, ¿cuál es su experiencia profesional?

X: Ok, mi experiencia profesional, pues mi servicio social, primeramente, lo hice en una unidad de primer nivel, hace aproximadamente, ¿qué te gustaría? Ocho años. Posteriormente de ahí, pues obviamente me trabajé en otras cosas que no tenían nada que ver con esto. Y después de ahí, en el 2016, ingresé a la licenciatura en enfermería. Posteriormente ingresé en el 2020 a lo que es el servicio social en Sociedad Española de Beneficencia, que es un hospital privado aquí de la ciudad de Pachuca, en el que

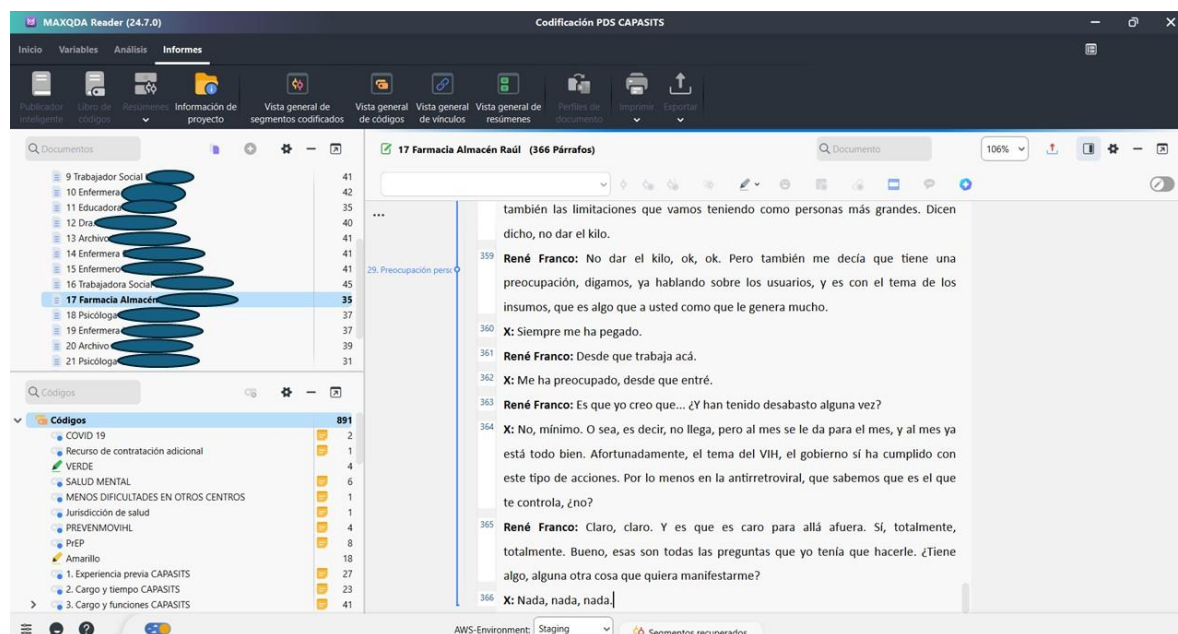
actualmente laboro todavía. Laboro en lo que son áreas de terapia intensiva, cuidados neonatales, cuidados de adultos, áreas de urgencias y áreas de hospitalización. Y también áreas de administrativas, que es supervisor de enfermería, o bueno, suplente de supervisión de enfermería.

(ENFEH29, comunicación personal, 19.11.2024)

Entonces, este fragmento de entrevista se codifica en el código "Experiencia previa CAPASITS", el cual responde a la categoría "Perfil profesional y académico"; a su vez, la información incluida en este código, ya procesada se integró en el tema "5.1 Perfil académico y profesional" y en el subtema "5.1.1 El perfil de las BNC, experiencia y funciones". En el *tercer ciclo*, se hizo una nueva revisión de la codificación realizada, para conseguir más hondura en el análisis. En MaxQda se realizaron un total dos archivos de codificación, que suman 42 códigos y 922 entradas de codificación, provenientes del análisis de la base de datos de las entrevistas semiestructuradas.

Figura 13

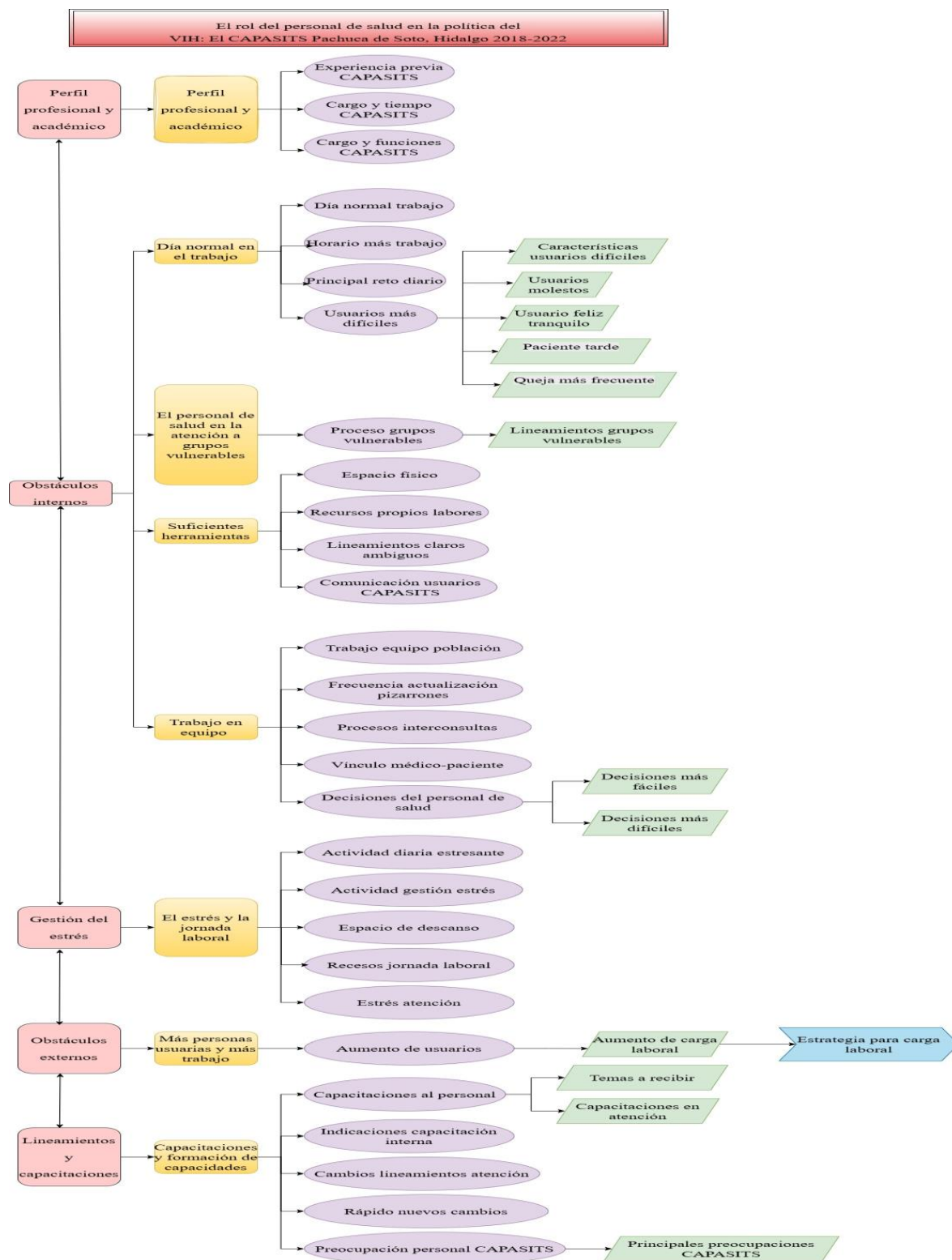
Captura de pantalla 4, Codificación en MAXQDA



Nota. Elaboración propia.

Para comprender de mejor forma el ciclo de codificación se presenta el siguiente diagrama:

Figura 14
Diagrama 2, codificación CAPASITS.



Nota. Elaboración propia

Dentro de los *alcances y limitaciones*, del trabajo de campo de la presente investigación, es importante puntualizar que, debido a los enfoques teóricos ya planteados, se priorizó entrevistar al personal que se encuentra en el nivel más bajo de la jerarquía organizacional del CAPASITS. Y aunque se planeó entrevistar a la dirección del CAPASITS, tampoco fue posible hacerlo, debido a que fue destituida en el periodo de tiempo, en el que se realizó el trabajo de campo.

Finalmente, y para este análisis de la información cualitativa recogida en campo, se aplicó lo relacionado con la teoría fundamentada, por lo tanto, esto permite estar yendo y viniendo de los conceptos y los datos que se han recogido en el trabajo de campo. De esta cuenta, Charmaz (2014) establece:

Los métodos de teoría fundamentada consisten en pautas sistemáticas, pero flexibles, para recopilar y analizar datos cualitativos con el fin de construir teorías a partir de los propios datos. De este modo, los investigadores construyen una teoría "fundamentada" en sus datos. La teoría fundamentada comienza con datos inductivos, invoca estrategias iterativas de ir y venir entre los datos y el análisis, utiliza métodos comparativos y lo mantiene interactuando e involucrado con sus datos y el análisis emergente (p. 33).

4.4 Contexto de estudio

4.4.1 El CAPASITS en físico

Para la confección del trabajo de campo en el CAPASITS se sostuvo una reunión inicial entre el investigador y la coordinación de psicología, quien fue designada por la dirección de esta institución, para establecer un proceso de coordinación, que facilitó la realización del trabajo de campo, sin interferir en la ejecución de las actividades que esta institución lleva a cabo todos los días, con especial énfasis en la atención a la población usuaria. En la foto mostrada a continuación, se puede evidenciar parte de la fachada del CAPASITS, las gradas que conducen al área del triage o distribución de pacientes, así como la rampa utilizada para el ingreso de personas con discapacidad física motora y que requieren de la utilización de una silla de ruedas para su debido desplazamiento.

Figura 15

Fotografía 6: Fachada del CAPASITS



Nota. Elaboración propia.

Dicho lo anterior, también es importante hacer referencia a algunos datos geográficos sobre el CAPASITS.

En principio su dirección física, la cual es “Rectoría, fraccionamiento Luis Donaldo Colosio, fracción II, 3era etapa, s/n, fraccionamiento A, a 200 metros de torres de rectoría, 42039, Pachuca de Soto, Hidalgo, México; algunos datos que pueden servir para ubicar físicamente al CAPASITS es que se encuentra al pie del Cerro Redondo, parte de la cadena montañosa de la Zona Metropolitana de Pachuca. Para llegar al CAPASITS se puede optar por distintas opciones de transporte, ya sea privado, por medio de vehículo o motocicleta; o también publico, como taxis particulares o taxis de aplicación como *InDrive*.

Si se llega en transporte propio, el CAPASITS no cuenta con un espacio de estacionamiento adentro de sus instalaciones, disponible para la población usuaria. No obstante, afuera existe un espacio físico de tierra, de aproximadamente 20 metros de fondo, con 50 metros de ancho, que las personas usuarias que cuentan con transporte propio utilizan

como espacio de estacionamiento, durante el tiempo que hacen uso de los servicios del CAPASITS.

El mencionado espacio de estacionamiento también es utilizado por otras personas, como proveedores de servicios privados o comerciantes que llegan a ofertar sus productos a dicha clínica, por el uso de este espacio no se paga ningún tipo de peaje a ningún tipo de persona, debido a que es un espacio público. De igual forma, quienes utilizan un taxi particular o un taxi de aplicación se parquean en frente del CAPASITS, en el espacio físico antes referido, para permitir que las pasajeras o pasajeros puedan descender.

Comúnmente el tipo de personas usuarias que utilizan este tipo de transporte, son personas con alguna discapacidad física motora y que tienen dificultades para utilizar el servicio de transporte público convencional, cuyo nombre popular en la Zona Metropolitana de Pachuca es “*combi*”, o los autobuses extraurbanos que hacen su recorrido por diferentes municipios a una distancia de entre media hora y dos horas, pero que, en su trayecto, pasan por el Bulevar Luis Donaldo Colosio. Para las personas usuarias del CAPASITS cuyo lugar de origen es la Zona Metropolitana de Pachuca y que usan las “*combis*” el costo de transportarse puede oscilar entre los \$ 10.00 MXN y los \$ 50.00 MXN, dependiendo la parada de autobuses donde se suban y la cantidad de “*combis*” que lleguen a tomar.

Entretanto, para las personas usuarias que provienen de municipios más lejanos del estado de Hidalgo, además del costo del autobús que les conduce de sus lugares de origen a la Central de Buses más cercana y de ahí, a la Central de Autobuses de Pachuca, se suma el costo de tomar una “*combi*” de la Central al CAPASITS; taxi o taxi de aplicación para las personas con discapacidad físico-motora, que así lo requieren, que puede oscilar entre los \$ 80.00 MXN y \$ 100.00 MXN.

Al llegar al CAPASITS en “*combi*”, las opciones de paradas de autobuses más cercanas al CAPASITS son tres: *torres de rectoría*, *artículo* y *los locales*; estas paradas de autobuses están determinadas por un criterio primordialmente discrecional del piloto de las “*combis*”, ya que, no siempre hacen paradas, atendiendo la solicitud de las personas usuarias de las combis.

Al optar por *torres de rectoría*, se debe caminar una distancia de aproximadamente diez metros en dirección a torres de rectoría, girar hacia la izquierda y seguir caminando doscientos metros más, aproximadamente, hasta llegar al CAPASITS. Este trayecto implica

caminar por pedazos de banqueta llenos de piedras, y en donde no se puede circular en silla de ruedas, por lo que, si alguna persona usuaria con discapacidad física motora hiciera uso de este trayecto, no podría circular por la banqueta y tendría que bajar a la calle, colocando en peligro su vida e integridad física, de igual forma se complica para personas de la tercera edad.

Al optar por *artículo*, se debe subir una pendiente con aproximadamente tres metros de desnivel, en un terreno lleno de tierra, plantas, arbustos, excremento, basura y pasar por la línea del antiguo ferrocarril, para buscar la entrada del CAPASITS. Este trayecto involucra caminar en un terreno difícil y con algunos obstáculos físicos, complejizándolo para las personas con alguna discapacidad física motora o personas de la tercera edad, tampoco es apta para personas que utilizan una silla de ruedas para desplazarse.

Figura 16

Fotografía 7: Parada de autobuses artículo



Nota. Elaboración propia

Al optar por *los locales*, se debe caminar hacia la línea del antiguo ferrocarril, y caminando por debajo del túnel de dicho ferrocarril buscando la calle principal que conduce al CAPASITS, una calle terracería, que en algunos tramos tiene concreto, y algunos baches. Este es el camino más largo de las tres paradas de autobuses, y desde la parada hasta la entrada del CAPASITS se debe caminar unos quinientos metros aproximadamente, este

recorrido tampoco es adecuado para personas que viven con alguna discapacidad física motora o personas de la tercera edad, ni para quienes se movilizan en silla de ruedas.

La caracterización de las paradas de autobuses es importante porque permite entender las dificultades adicionales por las que atraviesan personas adultas mayores, personas con discapacidad física motora o personas que usan silla de ruedas para desplazarse, y que podrían ser parte del personal del CAPASITS, personas usuarias, proveedores o comerciantes que venden sus productos en la periferia.

Una vez se logra ingresar al CAPASITS por la entrada peatonal, se observa del lado derecho una rampa para la circulación de personas con discapacidad, y facilitar su movilización adentro del CAPASITS, que únicamente tiene un solo piso, del lado izquierdo se observa el estacionamiento de la institución, el cual es usado por el personal. Dicho parqueo no está encementado, el suelo es de tierra, y tampoco cuenta con líneas de división que permitan la separación adecuada de los vehículos, tampoco hay una persona encargada de abrir o cerrar el portón de los vehículos, por lo que cada persona que entra o sale debe hacerlo por su cuenta.

Al subir las gradas y acercarse a la entrada al edificio del CAPASITS se observan una serie de cartulinas con información sobre VIH, y los temas que corresponden a cada mes y que se van cambiando, de acuerdo con una calendarización. Al cruzar la puerta, del lado derecho se encuentra un escritorio y una oficial de vigilancia, la mayoría de las veces es mujer y muy pocas veces son hombres, entonces tiene dos cuadernos para anotar la asistencia, uno del listado del personal y otro del listado de visitantes.

Figura 17

Fotografía 8: Áreas clave del CAPASITS.



Nota. Elaboración propia.

Esta es entonces, la primera BNC con la que cada persona usuaria del CAPASITS debe enfrentarse, desde este momento, se evidencian algunos aspectos de mejora que se deben implementar en el CAPASITS. Pues, durante algunos meses retomaron la medida del uso de mascarilla por parte de las personas usuarias al ingresar al edificio, pero no sabían, ¿en qué momento debía ser colocada? Si en el momento de ingresar al CAPASITS o al momento de ingresar al edificio.

En este orden de ideas, no había claridad ni un consenso generalizado sobre si usarla o no, sobre las áreas en donde era mandatorio utilizarla y las áreas donde se podía prescindir de ella, lo que genera confusiones en las personas usuarias del CAPASITS. En la entrada del edificio del CAPASITS, y en el área de espera, se pueden observar algunos cuadros e información como el organigrama de funcionamiento, el directorio, constancia de acreditaciones, objetivo general, visión, misión, obligaciones del paciente, derechos generales, lineamientos interculturales para el personal de los servicios de salud, código de bioética, momentos clave para la utilización segura de los medicamentos.

En las fotos que se muestran a continuación, se observa la parte frontal y trasera de la unidad móvil del PREVENMOVIHL del CAPASITS, vehículo utilizado para las distintas jornadas de prevención y promoción de la salud, que se realizan en diferentes zonas del estado de Hidalgo, pero que en los últimos meses únicamente se utiliza para la realización de actividades en la Zona Metropolitana de Pachuca y municipios cercanos a la capital del estado de Hidalgo.

Figura 18

Fotografía 9: Unidad móvil PREVENMOVIHL del CAPASITS, parte frontal.



Nota. Elaboración propia.

Figura 19

Fotografía 10: Unidad móvil PREVENMOVIHL del CAPASITS, parte trasera.



Nota. Elaboración propia.

Al recorrer el edificio, se puede notar que está limpio, hay murales de papel con diferente información en distintas paredes del edificio, pero también se evidencia la falta de espacios adecuados para el personal de salud y la población usuaria. En el mismo pasillo de entrada, donde se encuentra el personal de vigilancia, se encuentran unas sillas que conforman el área de espera, en esa misma zona se encuentran dos escritorios de personal de apoyo de trabajo social, que no cuentan con una oficina física, debido a la falta de infraestructura que existe en el CAPASITS.

Esto también es una constante en otras áreas clave que tiene la institución, lo cual se encuentra relacionado con la antigüedad del edificio; puesto que, como se mencionó en el apartado de antecedentes, el CAPASITS funciona desde el año 2008, época en la que no se atendía la cantidad de personas usuarias que se atiende en la actualidad, y tampoco había tanto personal como había en dicha época.

El Servicio Especializado de Atención (SEA) funcionó durante algunos años en el barrio *El Arbolito*, en el centro de Pachuca, al mudarse al fraccionamiento Colosio, al edificio

donde opera en la actualidad, no se tomó en cuenta que el servicio de salud que se ofrece iba a crecer tanto, pero, también es cierto que el CAPASITS cuenta con espacio para la construcción de más oficinas y consultorios.

4.5 Dificultades en el trabajo de campo

En marzo del presente año dos mil veinticuatro se sostuvo una reunión de planificación entre el investigador y la directora del CAPASITS, en el que se le hizo saber la dinámica del trabajo de campo, por parte del investigador, y su alcance, por estas razones, y desde el principio, el personal de salud operativo se mostró anuente a responder la entrevista del investigador, casi ninguna persona mostró resistencia u oposición a la posibilidad de sostener la entrevista.

Una vez definido lo anterior, se procedió a comenzar con el trabajo de campo, que, en suma, consistía en la realización de entrevistas semiestructuradas al personal de salud operativo, se realizó el pilotaje del instrumento de investigación con el área de PREVENMOVIHL. Al haber pilotado el instrumento de investigación, se procedió a modificar el instrumento, replanteando la redacción de algunas preguntas para facilitar su comprensión por parte de las personas entrevistadas, así como cambiar algunas de sección para hacer más fluida la conversación y los temas abordados.

El mecanismo que se siguió para la realización de las entrevistas semiestructuradas consistió en acordar con la persona a entrevistar, un horario en el que se pueda atender al investigador; quien se presenta al CAPASITS, se anota en el listado de visitas, accede a las instalaciones, y procede a tomar asiento en el área de espera.

La frase que comúnmente se usa para fines de presentación es más o menos la misma “Buenas tardes/Buenos días; soy René, soy originario de El Salvador, me encuentro en México, cursando estudios de Doctorado en Políticas Públicas en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, mi tesis doctoral es sobre VIH, pero me estoy enfocando en el personal de salud, el cual se enfrenta a otros retos y dinámicas específicas” acto seguido, se solicita autorización para grabar la entrevista, encendiendo la grabadora marca Tascam Dr-05X cuyo costo es de \$ 3,122.37 pesos, y también la aplicación de la grabadora del teléfono celular Xiaomi PocoPhone y se procede a realizar cada una de las preguntas redactadas en el instrumento de investigación.

Manifestado lo anterior, es importante establecer que se presentó una dificultad específica con la coordinación del área de trabajo social, ya que dicha coordinación se mostró renuente a responder la entrevista, al principio de la misma, solicitó al investigador que le prestara el instrumento de investigación para pedir autorización a la directora del CAPASITS, para contestar la entrevista, a lo cual no se accedió, pero de cualquier forma se dirigió a la dirección del CAPASITS a solicitar autorización, al regresar comenzó a contestar la entrevista, pero no dio permiso para ser grabada.

Pasados quince minutos, dio autorización para ser grabada, debido a que se percató que el no hacerlo, le tomaría más tiempo de lo habitual para responder la entrevista, y se pudo realizar en completa normalidad. Parte de la renuencia mostrada por la coordinación de esta área, puede deberse al hecho que el personal de salud no tiene por costumbre verbalizar las distintas problemáticas que les atraviesan, reafirmando la idea de ser un *problema público silencioso*, un tema tabú, y el hecho de verbalizar estas problemáticas y hablar sobre su situación, eventualmente podría tener incidencia en distintas esferas en su situación laboral, como recibir llamados de atención, tener algún señalamiento a nivel de evaluación del desempeño, e inclusive el despido.

Adicionalmente, es menester mencionar que una de las principales dificultades que se tuvo es la reprogramación de las entrevistas, porque al menos cuatro personas que forman parte del personal operativo de salud, tuvieron que reprogramar las entrevistas, en varias ocasiones, entre otras razones, debido a que han surgido imprevistos, como pacientes de nuevo ingreso a quienes han debido de atenderse, personas usuarias a quienes han estado atendiendo y por alguna razón les toma más tiempo de lo planificado en atenderles, u otras labores de carácter administrativo, propias del CAPASITS y que no pueden eludir, en razón de los cargos que ocupan en dicha institución.

Asimismo, se debe hacer referencia al hecho que desde el inicio del trabajo de campo hubo dos acontecimientos importantes relacionados con la disposición del personal de salud operativo del CAPASITS, siendo el primero el de la destitución de la persona a cargo de la Dirección del CAPASITS, a quien se tenía planificado entrevistar al final del listado del resto de personal, también se tiene el caso de la coordinadora de psicología, que había sido designada por la dirección del CAPASITS, y que sufrió un quebranto de salud que le impidió atender sus labores durante algunos meses.

Capítulo 5: Análisis e Interpretación de Resultados

“Estoy sobresaturada de pacientes”

Fragmento, entrevista con personal de salud del CAPASITS.

Figura 20
Nube de palabras



Nota. Elaboración propia en *MaxQda*, codificación de información cualitativa.

Para la confección de este capítulo se tomó como base el trabajo de campo elaborado en el CAPASITS, que consistió en una serie de entrevistas semiestructuradas realizado al personal de salud de las áreas clave, según se describe en el capítulo anterior. Las entrevistas fueron ejecutadas con cita previa en la mayoría de los casos, en el área de trabajo de cada integrante del personal de salud, salvo en casos específicos en donde el recurso humano de enfermería y trabajo social no tiene una oficina física disponible para trabajar. La interpretación de resultados está basada en la teoría fundamentada de Charmaz (2014), construyendo teoría a partir de los datos, atendiendo lo que se percibe de manera sensorial, mientras se recogen datos.

5.1 Perfil académico y profesional

5.1.1 *El perfil de las BNC, experiencia y funciones*

Un dato revelador al respecto de la experiencia previa del personal que labora en el CAPASITS, es que la mayoría del personal de salud operativo cuenta con una experiencia significativa a nivel laboral en dicha institución, tanto en su formación académica, como experiencia profesional, algunas personas tienen experiencia en el ejercicio de cargos a nivel estatal, de investigación en la Secretaría de Salud, el tiempo promedio de años trabajados por parte del personal de salud es de 8.70 años. Inclusive algunas personas únicamente han trabajado en el CAPASITS desempeñando uno o más cargos en dicha institución, desde la época del programa de Servicio Especializado de Atención (SEA) el cual estuvo ubicado en el centro de salud Barrio El Arbolito en el centro histórico de Pachuca de Soto, Hidalgo.

A todo esto, el personal entrevistado cuenta con al menos una Licenciatura, habiéndose titulado de distintas universidades, en distintos estados a nivel de la república mexicana, como Puebla, Tamaulipas, Ciudad de México e Hidalgo; del estado de Hidalgo en particular, el personal de salud ha obtenido distintos grados académicos relacionados con la salud, en el Instituto Humanista de Hidalgo, de la Universidad Interglobal, del Centro Universitario Hidalguense y principalmente del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa) de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Los mecanismos de contratación (Ferraro, 2017) para los distintos cargos en el CAPASITS han sido mediante concursos públicos de oposición, de convocatorias, o mediante otros mecanismos como la realización de prácticas o servicio social, para luego recibir una contratación formal. En suma, estos son los mecanismos de ingreso a la carrera pública en el sector salud, donde se incluye el CAPASITS de Hidalgo. No obstante, y debido a los regímenes de contratación en la administración pública mexicana, además de los recursos federales que sirven de apoyo para el funcionamiento del CAPASITS, algunas personas han obtenido su “base”, mientras que otras se encuentran contratadas por la prestación de sus servicios profesionales, firmando contratos temporales de manera periódica y otros más firman contrato temporal con fecha de terminación especificada, razón por la que la rotación del recurso humano de la salud es alta (Fontaine, 2015).

Al respecto de las funciones que desempeña el personal de salud, se observa que realizan labores adicionales a las que están definidas en su perfil, pero también que no

corresponden a su cargo, adicionándoles más carga de trabajo, sin salario adicional, desnaturalizando sus funciones, esto tiene a su base distintos elementos, como la organización interna de las instituciones, es decir, ¿Qué tareas se asumen? Y, ¿Quién las asume? Debido a que la base para entender ¿Quién hace qué?, proviene de distintas fuentes, como la normativa, a través de las NOM, leyes específicas de cada una de las especialidades médicas que operan en el CAPASITS, GPC de cada una de las áreas, así como aspectos propios de cada administración pública, como la designación de nuevas tareas a personal que no tiene relación con las tareas designadas, asignación de carga de trabajo adicional a áreas que ya tienen una carga laboral excesiva, falta de contratación de ciertas especialidades médicas, carga administrativa excesiva en el llenado de formularios y oficios internos en el CAPASITS, lo que ralentiza la atención de cada persona usuaria, además del aumento sostenido de nuevas personas usuarias en esta clínica de primer nivel de atención en salud, repercutiendo directamente en el aumento de las tareas a cumplir por cada integrante del personal, sin que aumente de manera proporcional la oferta de servicios de salud al mismo ritmo.

Siguiendo a Kroeger & Luna (1992) se entiende la manera en que esta distribución de tareas entre los *trabajadores básicos de la salud*, incide en el deterioro de la calidad de su trabajo (SSA⁵, 2012), fomentando descontento en el personal de salud, y por tanto, un ambiente laboral tenso, algo que ya fue incluido en informes previos de la Secretaría de Salud, y que resulta tener alcance sobre el resto de servicios de salud pública en México, pero de los que –como ya se dijo– no se habla, y más bien, se guarda *silencio*.

Al abordar el tema de las funciones del personal de salud, se observa una experiencia significativa en el conocimiento técnico y manejo de estas. Ahora bien, es importante matizar, que las funciones del personal de salud en particular tienen dos grandes fuentes en su aplicación práctica: la *primera* es la normativa, que consiste en legislación específica y Normas Oficiales Mexicanas (NOM). Para comprender el alcance cotidiano de la normativa, una de las entrevistadas del *área clínica* considera que

⁵ Secretaría de Salud

Entrevistador: Doctora, tengo entendido que aquí en el CAPASITS solamente se ve, en cuanto a ITS, solamente se ve el VIH. Y las otras ITS, ¿dónde se ven? En la consulta. ¿Aquí mismo?

X: Bueno, es que la atención de las ITS, de acuerdo a normativa y de acuerdo a guías de práctica clínica, se pueden atender en el primer nivel de atención también.

(DRAMCM48, comunicación personal, 07.11.2024)

Al mismo tiempo, otro de los entrevistados del área de *Trabajo Social*, afirma que

Entrevistador: Esa es la manera en la que hace suyo su espacio. Bueno, todas las áreas de trabajo, digamos de aquí de CAPASITS, bueno de todas las instituciones públicas se rigen por lineamientos de trabajo que a veces son normas oficiales mexicanas o a veces son protocolos o manuales de procedimientos y ese tipo de cosas ¿En el caso suyo como trabajo social los lineamientos son claros o hay alguna de pronto algún tipo de confusión en la normativa que rige sus funciones?

X: *De hecho ahorita hace poquito actualizamos nuestro manual de procedimientos porque había situaciones que ya no se llevaban a cabo o por ejemplo los nuevos protocolos ya no estaban dentro de ese manual de procedimientos, entonces hace poquito hicimos el ajuste hicimos nuevos manuales de procedimientos o los complementamos; como por ejemplo la situación de las personas que vienen de otro país o del protocolo para atención a personas privadas de su libertad entonces sí contamos con ese protocolo y la idea era que si llegara una persona, por ejemplo un personal nuevo al área de trabajo social que tuviera el manual y que fuera lo más claro posible si iba a haber el apoyo. Por ejemplo, de alguna otra responsable del área o por ejemplo de dirección, pero si tratamos de dejarlo como que lo más entendible posible para que fluyera el trabajo, por ejemplo, o si en alguna situación ninguna de las personas estaba libre para apoyar entonces que hubiera ese entendimiento.*

(TRASOTSH24, comunicación personal, 24.10.2024)

En cuanto a la *segunda* consiste la discrecionalidad (Maynard-Moody et al., 2018), es decir, en un conjunto de decisiones basadas en la formación académica y experiencia profesional del personal de salud (Podestá, 2001), en una experticia lograda a usanza del tiempo en el servicio de salud, entonces el resultado, de la implementación de la política pública del VIH (Hall, 2007) es la suma de la aplicación práctica de la normativa, y las interacciones entre el personal de salud y las personas usuarias, y la manera en que el personal de salud gestiona la atención (Ansell, 2018).

Este elemento es crucial para la comprensión del rol del personal de salud, ya que, la dinámica cotidiana en el CAPASITS demanda la realización de labores que no se encuentran en la normativa, pero que el personal de salud no puede esperar a gestionar una vez se actualice la normativa, lo que coincide con lo propuesto por Ansell (2018), debido a que los ritmos de actualización de la normativa suelen ser aletargados, esperar a la actualización de la normativa, para la posterior aplicación de la misma y gestión de otras funciones, conlleva el deterioro en la calidad del servicio de salud.

Para detallar lo que implica la discrecionalidad en la cotidianidad del personal de salud en el CAPASITS, uno de los entrevistados del área médica, manifestó:

Entrevistador: Si usted pudiese ponerlo en términos de porcentaje, ¿qué porcentaje diría que, de su trabajo diario, qué porcentaje lo hace basado en esta normativa y qué porcentaje lo hace basado en su discrecionalidad, en su criterio propio como profesional?

X: *Yo creo que los procesos también, porque yo diría que en un 90 por ciento, porque de hecho el manual de procedimientos lo hicimos nosotros, o sea, con base en nuestro día a día. Entonces, está apegado a lo que hacemos. Entonces, está bien. Y en la norma de VIH, bueno, la guía de atención también, o sea, nos apegamos para recetar el tratamiento a esa guía. Entonces, yo diría que sí, en general, sí. Lo que sí me parece que ese 10 por ciento que sale del proceso es el que, pues, hay que darle atención de una manera distinta y empática con la persona, no con el proceso.*

(DRMCH51, comunicación personal, 08.10.2024)

Este fragmento de entrevista también sirve para comprender la forma en que operan las Burocracias de Nivel de Calle (Lipsky, 1980) en el CAPASITS en su cotidianidad, en el proceso de salud-enfermedad-atención diaria, como parte de las dimensiones sociopolíticas del VIH (Laar, 2022), que debe tener del personal de salud que provee atención en VIH en los distintos servicios públicos de salud, en el marco de la salud pública (Magalhães, 2007).

5.1.2 Funciones del personal de salud

De esta manera, el personal de salud tiene nociones sobre el manejo de distintos programas informáticos necesarios para la gestión de sus distintas funciones, como el SALVAR y el SIHGO, un elemento que atraviesa a todas las áreas clave incluidas en el presente estudio. Desde esta perspectiva, el personal de salud describe sus funciones de manera general, pero haciendo hincapié en aquellas funciones que demandan un mayor nivel de esfuerzo en términos de tiempo y recursos.

Al entrar al análisis por áreas clave se identifica que, por ejemplo, entre las principales funciones de *Trabajo Social*, se encuentra la coordinación con distintas jurisdicciones de salud, para fines de acercar los servicios de salud a la población usuaria y sistema penitenciario, para la atención de personas privadas de la libertad, además de la gestión de referencias y contra referencias médicas, incluyendo contención emocional, cuando las personas usuarias tienen algún desborde emocional.

Para ejemplificar las funciones de *Trabajo Social*, vale la pena leer el siguiente fragmento de entrevista:

Entrevistador: Bueno, a ver, cuéntenme, aquí en el CAPASITS, ¿cuáles son sus funciones?

X: Pues mis funciones... ¿Qué funciones no hay? En el área de trabajo social...

Entrevistador: No le tengo que preguntar qué hace, sino qué no hace.

X: *Qué no hago. Abarca muchas partes. De hecho, a veces hay funciones que decimos no, pues eso no me corresponde a mí, pero son cuestiones del apoyo al usuario donde tenemos que darle una solución, más que nada, ¿no? Abrir expediente, aplicar el estudio socioeconómico al paciente, explicarle todo el proceso de qué es para que ellos se puedan iniciar un tratamiento, porque ellos desconocen, vienen con la*

impresión de que se acaban de enterar que tienen VIH, entonces vienen, así como que muy espantados. Tratamos de apaciguar un poco o bajarles el estado de ánimo que traen de la impresión. Y pues a veces, pues sí, muchas veces, la mayoría de las veces siempre lo logramos, de estabilizar un poquito al paciente antes de pasar al área de psicología, porque es el primer paso que pasa a psicología. Manejamos con referencias y contra referencias, contestamos igual el teléfono, a veces nos toca igual agendar citas, ver, checar los expedientes que cuando los pacientes llaman y nos quieren cambiar sus citas y eso, tenemos que checar primero, investigar todo el expediente, porque a veces que los pacientes se pasan como listos y nos engañan y nos dicen no, pues nada más quiero reagendar una cita, pero nos damos cuenta de que tienen tiempo que a veces no vienen. Entonces no les podemos agendar una cita, así como así cuando ya existe un abandono, a veces hasta de más de un año.

(TRASOTSM53, comunicación personal, 21.11.2024)

Debe enfatizarse en que el CAPASITS de Pachuca de Soto es el único a nivel estatal, entre otras funciones, se encuentra la del armado del expediente clínico de las personas usuarias, el estudio socioeconómico y la firma del contrato, que contiene derechos y obligaciones por parte del CAPASITS y de la persona usuaria.

En este orden de ideas, en el área de módulo de prevención cuenta con una unidad móvil de prevención conocida como **PREVENMOVIHL**, misma que es atendida por un equipo de dos psicólogas, que tienen por funciones la provisión de pláticas sobre prevención, pruebas rápidas de detección, información sobre VIH, contención emocional, uso del condón e ITS; acciones focalizadas de manera geográfica, para el control del VIH (Laar, 2022). No obstante, en algún momento deben asumir funciones relacionadas con el PrEP.

Para comprender mejor, las funciones del PREVENMOVIHL en una de las entrevistas a esta área, puede leerse:

Entrevistador: ¿En qué consiste su cargo?

X: *Bueno, realizamos diferentes funciones aquí en el área del módulo de información, entonces es proporcionar pláticas, estamos muy enfocados en el área preventiva, también apoyo en el PREVENMOVIHL, que es justo esta, como una*

campana constante, en donde se ubican espacios donde pudiera haber poblaci3n clave para aplicar pruebas de detecci3n, dar informaci3n, tambi3n proporcionamos los resultados a los usuarios de su muestra, confirmatoria o no confirmatoria, damos esa contenci3n, el seguimiento, informaci3n b3sica sobre VIH, sobre colocaci3n de preservativos internos, externos, sobre ITS, y en alg3n momento del a3o me rotan y estoy frente a los programas de prevenci3n, profilaxis, preexposici3n y post-exposici3n, pero justo eso va y viene, ahorita hay otra persona que cubre los programas y cuando esa persona ya sale del contrato, entonces yo vuelvo a retomar.

Entrevistador: Ok, esa parte a mí me resulta interesante, porque entonces sus funciones no son permanentes.

X: Las permanentes son del área preventiva, pero esta de profilaxis es algo que, pues sí, estoy de manera intermitente, y sí, en alg3n momento, cuando inicia, esto tiene, vamos a cumplir dos a3os, dos a3os con el programa de profilaxis, y entonces al inicio, pues realmente el personal contratado fue para exclusivamente atender eso, y eso es una de las áreas de oportunidad, porque, por ejemplo, de ese tipo para acá, han sido diferentes personas las que son contratadas, entonces se capacitan y ya nos regresan, y en ese inter fue que yo me acerqué para prepararme sin saber que yo iba a estar frente a la profilaxis.

(PSIPREM44, comunicaci3n personal, 24.09.2024)

Esto, debido a la carencia de personal permanente para este programa; este cambio de funciones tiene una incidencia importante en la din3mica de trabajo diaria que el personal de salud debe realizar, en particular para promover y garantizar la adherencia de las personas usuarias (Organizaci3n Mundial de la Salud, 2004).

Esta área tambi3n tiene una funci3n adicional, y es el tema del manejo de las redes sociales, ya que no cuentan con un área propia de comunicaci3n institucional; no obstante, la informaci3n que se publica sobre VIH es muy limitada, debido al proceso institucional que implica la gesti3n de publicaciones en redes, porque demanda la autorizaci3n de distintas instancias.

En lo concerniente al área de **PrEP** tambi3n cuentan con una psic3loga que proporciona toda la informaci3n relacionada con el PrEP para personas que muestran inter3s

en entrar a este programa, pero también para personas usuarias recurrentes en la modalidad diaria. Entre las prerrogativas que deben tomar en consideración para proporcionar información, se encuentra el consumo de sustancias, como factores de riesgo que determinan la adherencia terapéutica.

En el área de **nutrición** orientan a las personas usuarias para mejorar sus hábitos de alimentación, estén o no relacionados con el VIH (Fajardo-Rodríguez & Lara, 2001). En la **coordinación médica** se ejercen funciones relacionadas con autorización de vacaciones, resolución de diferencias entre colegas de trabajo, autorización de permisos e incapacidades; esto, con la finalidad de gestionar las operaciones del CAPASITS. En cuanto a las funciones de esta coordinación, se lee:

Entrevistador: Y respecto de la coordinación médica, ¿cuáles son sus funciones? ¿En qué consisten?

X: *Mi función es precisamente coordinar, por ejemplo, quién pide permiso, las vacaciones, de repente solucionar algún problema que haya entre los compañeros, algún malentendido, un conflicto, dar indicaciones acerca de, por ejemplo, ahorita que tenemos sólo dos médicos, pues repartir las consultas equitativamente, asignar funciones a la mejor del rol de enfermería, quién va a ir con qué médico, eso se hace al año. Autorizar las vacaciones, por ejemplo, que las enfermeras que son cinco, pues nos empalmen las vacaciones de uno y otro. Si alguien me avisa que va a faltar o que tiene una incapacidad, pues yo me encargo de ver quién va a cubrir esa función. Si mi jefa, la directora del CAPASITS no está y se necesita firmar una referencia, dar solución a algún paciente, alguna situación parecida con el usuario, pues yo soy quien va a dar esa solución. A platicar con el paciente, a firmar las referencias, cosas prácticamente administrativas.*

(NUTNUTM43, comunicación personal, 03.10.2024)

En el área de **psicología** se atienden a personas que viven con VIH y el enfoque principal de la psicoterapia va dirigido a la gestión de situaciones psicoemocionales derivadas del diagnóstico de VIH, mismas que se gestionan por medio de distintas técnicas; entre las principales psicopatologías identificadas, se encuentra la ansiedad y depresión, además del

uso de sustancias, que, dependiendo de la gravedad, se hacen derivaciones hacia otros centros especializados en adicciones.

En esta área, se tienen estas funciones:

Entrevistador: A ver, y acá, digamos, usted como psicólogo, ¿cuáles son sus funciones así de grandes rasgos?

X: *Eh, pues atender al personal que se atiende aquí por situaciones de VIH, este, en lo que es la parte emocional, psicológica, pero más que nada, ¿por qué? Porque pues, si la clínica, la intención de la clínica, como yo les comento inclusive a todos los pacientes, es que no nada más ver la parte física, o sea que estás bien físicamente, no somos nada más parte física, entonces la parte emocional cuenta mucho porque de ahí se desprende también otras cuestiones de si te tomas el medicamento, si estás en adicciones, si estás en problemas de pareja, de familia, entonces todo eso también repercute en la decisión o en la adherencia en el medicamento antirretroviral, obviamente va a repercutir también en tu salud, viene desde ahí, ¿no? Entonces es precisamente eso, guiar a las personas a que modifiquen algunas situaciones de su vida, si es que éstas les están generando problemas.*

(PSIAPH55, comunicación personal, 04.10.2024)

Siguiendo con las áreas clave, en cuanto a las funciones del área de **medicina** se cuenta la consulta médica para personas que viven con VIH, y personas trans en su terapia da reafirmación de género, así como el programa del PrEP, surtimiento de los respectivos medicamentos, referencias y contra referencias hacia otras especialidades médicas y jurisdicciones de salud, así como resolución de inquietudes de las personas usuarias.

Al abordar las funciones del personal médico, una de las entrevistadas, consideró:

Entrevistador: Médica tratante, ¿qué hace una médica tratante?

X: *Pues una médica tratante, pues ve a los pacientes de primera vez y subsecuente. Vemos toda la parte biológica, la parte física. Determinamos el tratamiento del dato del VIH como de otras infecciones. Y también hacemos el control y la atención.*

(DRAMCM48, comunicación personal, 07.11.2024)

En el área de **enfermería** tienen otras funciones como la revisión de signos vitales, peso, talla y apoyo al personal médico para recomendaciones en la revisión de las personas usuarias, y llenado de documentación; además de las tomas de muestra de sangre en los días de carga viral, que usualmente son los martes, aparte de muestras de sangre para otras infecciones oportunistas y la aplicación de vacunas. En el área de **calidad y enseñanza** revisan lo relacionado con la calidad del servicio prestado a las personas usuarias y el buzón de quejas.

En el caso de enfermería, las funciones son rotativas y pueden ser variadas entre cada integrante de esta área. Uno de los entrevistados manifestó, sobre sus funciones:

Entrevistador: Totalmente, totalmente. A ver, y acá en qué consiste su cargo, usted es enfermero, ¿verdad?

X: *Exactamente, soy enfermero. Pues mi cargo, yo en sí no estoy, bueno sí, directamente también estoy con los pacientes de VIH, porque al final de cuentas todos los usuarios de aquí de la unidad, pues ya son positivos, pero mi función principal es llevar el manejo del programa de erradicación del hepatitis B, digo B y C, o más bien en este caso es la C, es la que llevamos, o es mi programa que yo llevo, yo los apoyo, tengo contacto con ellos, pero no como tal es mi función, eso no es virus de hepatitis C, es el que llevo a cabo, es nada más mi función, llevo registros de lo que es hepatitis C, hago tamizajes, pruebas rápidas de hepatitis C, se hacen las pruebas, se lleva el registro, se suben a unos programas que tenemos o que hacen la función para descargarlos ahí y darles continuidad también. Es lo mismo, si tienen, si estos pacientes aparte del VIH tienen hepatitis C, das un manejo inicial, los tamizas, les tomas una prueba rápida, posterior de ahí haces una prueba confirmatoria o una carga viral, que se les toma, se citan, se les toma y esa carga viral está del día de toma, son 10 días hábiles para que tengamos un resultado, ya de ahí nos refiere si es una carga viral positiva o una carga viral negativa, en caso de que sea positiva, igual se cita, se da una consulta y se le da inicio de tratamiento para virus de hepatitis C y en su caso se cierra la atención, si es negativa se cierra la atención y ellos siguen con su tratamiento normal de VIH, es como todo, cualquier prueba rápida te da un*

falso positivo o un positivo negativo, entonces son las ventajas y desventajas que podemos tener al respecto.

(ENFEH29, comunicación personal, 19.11.2024)

El mecanismo por medio del cual se aseguran de la calidad del servicio a las personas usuarias es la aplicación de encuestas y la participación de la figura del "aval ciudadano", las encuestas contienen preguntas relacionadas con los servicios médicos prestados en el CAPASITS. Entre las principales quejas presentadas y atendidas en esta área, se encuentra el tiempo aletargado de espera a la consulta, y el área que presenta más aspectos susceptibles de mejora es archivo clínico. En **odontología** se realizan funciones básicas de prevención, uso de insumos para la salud bucal y cuidados básicos, además de la atención en esta área específica.

Uno de los grandes vicios de los sistemas de salud en México, son precisamente el exceso de funciones que deben cumplir en las instituciones, con un equipo de trabajo muy pequeño, una de las entrevistadas confirma esto, profundizando sobre las funciones administrativas que desempeña, además de las clínicas propias de su función:

Entrevistador: ¿En qué consiste su cargo? ¿Cuáles son sus funciones?

X: Administrativas u operativas.

Entrevistador: Primero hablemos de las administrativas. Creo que es lo más sencillo, ¿o no?

X: *No, yo creo que a estas alturas todo es complicado. Las operativas tengo que entregar muchos reportes. Reporte diario, reporte semanal, reporte mensual, reporte trimestral, reporte anual, metas, jornadas. Son muchísimos archivos que hay que entregar. Diario, semanalmente, mes con mes, y se refiere a diferentes cuantificaciones de los proyectos, de los trabajos que se hacen. Uno es en cuanto a insumos. ¿Qué tantos insumos tenemos? ¿Qué tantos se gastaron? ¿Qué tantos se ocuparon? ¿Qué tantos se solicitaron? Eso es en cuanto a insumos. Otro es en cuanto a pacientes de primera vez. ¿Cuántos llegaron pacientes de primera vez? ¿Cuántos subsecuentes están atendiendo? ¿Cuántos están dando de alta? Otro es el reporte mensual. ¿Cuánta es la productividad en contra del mes pasado, en contra del año*

pasado? ¿Cuánto llevamos de ventaja? ¿Cuánto llevamos de avance en el logro de la meta? Todo esto. Otro es el resultado anual, ¿verdad? ¿Cuántos días se faltó? ¿Cuántos días se elaboró? ¿Cuál es el promedio de pacientes por día? Son muchísimos reportes. Eso es en cuanto a administrativo.

(ODOOMM52, comunicación personal, 17.01.2025)

En **archivo clínico** se encarga de gestionar la agenda de las personas usuarias, y de la atención que reciben en los distintos servicios que se prestan en el CAPASITS. Sobre esta área, uno de los entrevistados expuso:

Entrevistador: Y ahorita, en apoyo administrativo, ¿cuáles son sus funciones?

X: Mi código desde que yo entré, desde hace 16 años ha sido apoyo administrativo, es mi código. Pero las funciones principales que ahorita desempeño a partir del mes de agosto del 2024 en esta área de archivo clínico, es atender al usuario. *Es decir, desde la recepción de su carnet, verificar que el pacientito esté agendado en tiempo y en forma, sacar su expediente, tenerlo en tiempo y en forma y pasarlo al área correspondiente. Es decir, si viene al área médica, pues se pasa con las compañeras enfermeras, si viene al área de nutrición, se pasa al servicio de nutrición. Si viene al servicio de psicología, se pasa a psicología y así en cada uno de los servicios. Este otro es agendar las citas una vez que terminaron su consulta los pacientitos. Nosotros somos los responsables de agendar su próxima cita, que casi por lo regular, si es de nuevo ingreso al mes, si es subsecuente, muchas veces los médicos determinan que es cada cuatro meses.*

(POLARCH41, comunicación personal, 24.12.2024)

En el área de **Farmacia** se encargan de las dosificaciones de los medicamentos y del suministro de estos a las personas usuarias, además del inventario de los medicamentos, bodega y almacenamiento de estos. En definitiva, y desde Kroeger & Luna (1992) no se observan defectos en la contratación del personal de salud, en el sentido que cumplen con un perfil idóneo para el cargo que desempeñan en el CAPASITS.

Con relación al área de farmacia, el entrevistado indicó que:

Entrevistador: A ver, ok. Entonces, a grandes rasgos, usted como almacén de recursos y apoyo de farmacia, ¿cuáles son sus funciones ahora mismo? Porque ha cambiado de cargo. Ahora mismo es el responsable del almacén gastable y suministros médicos.

X: Responsable de farmacotecnia, lo que son las dosificaciones. Dispensación al paciente, es entregarle al medicamento al paciente explicándole todo lo que conlleva o si tiene alguna duda. *Bueno, en mi caso como farmacéutico, traigo un conocimiento antes de entregarle el medicamento. Y si ya tiene alguna duda, si no va a ser, tengo que investigar. Le digo, ahora ya no hace tanto, pero antes sí, me preguntaban y me preguntaban y me preguntaban. Había un medicamento que se llamaba efavirenz, que era falso positivo a la marihuana. Entonces, usted decía, oye, este me sale, tengo marihuana y estoy tomando. Ah, es que este medicamento te paga el falso positivo. Entonces, eso se llama dispensación al paciente. Ok, ok. Entonces, y de ahí, pues también hago apoyo para cargas virales, realizo las etiquetas. Este, a veces, hago, me funciona. Me gusta ser un poco polifacético, porque aquí me encerraba yo, o sea, nada más estaba yo. Entonces, llegó el momento y ya, ya, ya.*

(FARALMH53, comunicación personal, 22.11.2024)

En suma, la importancia de explicar el componente del perfil académico y profesional, es que hasta hace algunos años existían pocos programas relacionados con capacitación al personal de salud, aunado al hecho que el mismo debe responder a las necesidades de atención en salud en un entorno cambiante, en el que la población está más pendiente sobre la calidad de la atención brindada (Farnsworth & Shay, 2014), a su vez, se confirma que existen brechas importantes a nivel salarial, es decir, salarios bajos y cargas laborales altas, en función del perfil alcanzado por el personal de salud.

5.2 La jornada de trabajo

Entretanto, es importante destacar sobre la *jornada de trabajo* diaria, que el horario de esta varía de acuerdo con la cantidad de personal disponible en las distintas áreas clave, pero en suma varía entre las 7:00 y las 16:00; en este horario se lleva a cabo el desarrollo de las

funciones de cada una de las áreas clave. Desde este punto de vista, el personal de salud indica que el horario de mayor carga de trabajo suele ser durante las mañanas, que es cuando se programa la mayor cantidad de personas usuarias.

Pero que también es bastante variado y que todo depende la programación que se realice en la agenda del CAPASITS, de personas usuarias nuevas y de situaciones de emergencia que se deban atender; no obstante, hay una coincidencia en el sentido que los martes que son de “carga viral” son muy pesados, ya que se deben atender a más de 100 personas, así como los días en que deben realizar actividades fuera de las instalaciones del CAPASITS.

Para comprender mejor la dinámica diaria de trabajo del personal, uno de los entrevistados establece:

Entrevistador: Bueno, hablando un poco sobre obstáculos en la atención a las poblaciones de alto riesgo y específicamente obstáculos internos, ¿cómo es un día normal en su jornada de trabajo? ¿A qué hora entra?

X: Siete y media.

Entrevistador: ¿Y sale?

X: Tres y media.

Entrevistador: Quince, treinta. ¿Y cuál es su, digamos, qué actividades realiza en su jornada de trabajo diaria?

X: *Pues llegar, ver mi agenda, ver qué tan llena está, cuántos pacientes de primera vez, cuántos obsecuentes tengo, cuántas personas trans. Y con eso planificar y ya ver con la enfermería, que tenemos a una persona de enfermera o enfermero aquí todo el tiempo. Y ya ellos se encargan de la toma de signos vitales cuando llega la persona. Nos avisan, ya llegó tal paciente. Abro su expediente para tener el background, pues para saber cómo llegó, cómo va y para darle la mejor atención. Lo que busco es, por ejemplo, en mi caso, es pre-adelantar la nota médica para ponerle toda la atención a la persona, que eso es parte de la atención humanista. Generalmente, si tú vas a un lugar de salud y el médico tiene un chorro de papeles que llenar y tantito te está poniendo atención y tantito y voltea para acá y tú te vives como usuario no atendido, aunque te dijo lo mismo que te iba a decir el otro, pero el hecho de que te esté viendo*

los ojos y de que te esté poniendo toda la atención con lo que sea que te está comentando la persona, para las personas es muy importante. Entonces, lo que busco es, pre-adelanto la nota, que obviamente será modificable, depende de lo que ya platiqué con la persona o la explore, pero ya tengo la nota pre-hecha y así ya, tal vez le digo cinco minutos a hacer la pre-nota, pero eso me permite ya estar en atención total a la persona, aunque sean cinco minutos más o diez, pero están en total atención. (DRMCH51, comunicación personal, 08.10.2024)

Esta institución de salud se ha visto rebasada en su capacidad, en el sentido de la infraestructura física, pero también de la cantidad de personal destinado a la atención a las personas usuarias, el personal tiene sobrecarga en el trabajo, en esta lógica debe mencionarse la idea de García et al., (2024) en el sentido que esta sobrecarga equivale a tiempos de espera prolongados y disminución de la calidad del servicio público brindado.

Se debe tomar en cuenta, además, que el edificio donde funciona el CAPASITS fue inaugurado en el año 2008, pensado para una situación de VIH equivalente a la época, incluyendo la cantidad de personal destinada para la atención; por lo que es, apenas lógico ultimar que la infraestructura física y la cantidad de personal, ya no son vigentes para el periodo de estudio.

Al preguntar por los *principales retos* a los que se enfrenta el personal de salud en su empleo refieren que en algunos casos no cuentan con suficientes computadoras, lo que les atrasa en el llenado de formatos que se deben realizar en algunos servicios. Además de esto, un reto adicional es el "empalme" que se realiza con el personal temporal que atiende programas específicos como el PrEP, como parte de los distintos regímenes de contratación existentes en la Administración Pública, además de la poca información que se maneja en otras áreas sobre este programa en particular, siendo una de las estrategias de prevención combinadas clave en la política del VIH en el estado de Hidalgo.

Adicionalmente, y de manera general, otros retos a los que se enfrenta el personal de salud en la jornada de trabajo es la ausencia de comunicación asertiva (Ferreira & Gomes, 2007), lo que tiene consecuencias directamente en la atención a las personas usuarias, replicando información en múltiples ocasiones y generando estrés y tensión adicional en el ambiente de trabajo, el cual presenta un gran desmejoramiento, incidiendo directamente en

el clima laboral y cultura organizacional del CAPASITS (SSA, 2012), esto ha promovido la participación de otras instancias a lo interno de Secretaría de Salud en la resolución de conflictos generados entre integrantes del personal de la institución, un tema sobre el que se guarda *silencio*, en esta institución.

Ahora bien, de manera específica se puede mencionar el desconocimiento y desinformación por parte de las personas usuarias, en relación a las posibles dudas que deben ser gestionadas por el personal de salud y la cantidad de tiempo limitada que se debe destinar a cada persona usuaria, además de lograr que las personas usuarias se adhieran a su tratamiento médico, lo que también pasa por la cantidad de personas usuarias que se deben atender a diario, y que como ya se estableció, son muchas personas usuarias en relación a la cantidad de personal de salud.

En suma, el no contar con suficientes herramientas de trabajo genera retrasos en la atención debido a que implica, no lograr el mantenimiento de altos estándares de calidad en un entorno cambiante, un ejemplo de esto, es la atención en salud mental por parte de los terapeutas, que deben ir cambiando sus paradigmas de atención conforme situaciones específicas como el suicidio en personas usuarias, situación que amerita procesos de capacitación y dotación de herramientas psicoterapéuticas adicionales.

5.2.1 Las personas usuarias, en la atención diaria

En el abordaje de las personas usuarias en el CAPASITS es menester considerar las dos maneras de "atender" a las personas usuarias por parte del personal de salud, entendidas como "conductual" y "cognitiva" en la propuesta teórica de Lars et al., (2018), quienes además consideran los dos momentos de la interacción (Hall, 2007), que pueden ser "durante la interacción" o "no durante la interacción".

Establecido esto, también debe agregarse el hecho que esta interacción está relacionada con dos grandes visiones: la manera en que el personal de salud del CAPASITS asume a las personas usuarias del CAPASITS y viceversa, y desde luego, las respectivas consecuencias que esto trae en términos de la *toma de decisiones* (Lasswell, 1992), teniendo como base y de acuerdo con Maynard-Moody et al., (2018) las ideas preconcebidas que se tienen entre sí.

El personal de salud coincide en que dentro de las características o situaciones específicas que tienen "las personas usuarias más difíciles" se encuentra el consumo de determinadas sustancias o que también tienen alguna situación de salud mental derivada o no del diagnóstico de VIH y que no está siendo gestionada de manera adecuada, así como personas que pertenecen a grupos vulnerables como población trans o personas extranjeras, lo que bien puede tener cabida dentro del estigma que se tiene hacia las personas usuarias, por parte del personal de salud (Goffman, 2006). Al consultar con personal de salud, refieren que

Entrevistador: Bueno, ya me platicó un poco sobre las personas usuarias, pero, de todas formas, igual quiero preguntarle, ¿cuáles son las personas usuarias más difíciles de atender aquí en el CAPASITS? Digamos, pensando en las características en común que tienen las personas usuarias más difíciles de atender.

X: *Yo creo que a veces las personas trans, las mujeres trans, a veces ellas ya vienen como con esta predisposición de que los vamos a tratar mal. O sea, supongo yo que los han tratado mal en otros lados, y entonces vienen con esa predisposición. Ya generalmente cuando pasan la consulta, ya como que se tranquilizan, ¿no? Porque bueno, yo no tengo ningún tema con nada de la diversidad sexual, entonces para mí es una persona que viene a un servicio que yo me estoy rentando para dar, y para mí es igual. Pero a veces ellas, y me da pena decirlo, pero algunos extranjeros. A veces los extranjeros vienen a exigir. Ah, yo quiero que me atiendas ahorita.* (NUTNUTM43, comunicación personal, 03.10.2024)

Además de estos grupos, se agregan las personas que pertenecen a los pueblos originarios y el personal que carece del manejo técnico de idiomas indígenas (Muñoz, 2022) y las personas embarazadas que viven con VIH. En el proceso de atención por parte del CAPASITS se identificó que se generaron muchas quejas hacia el personal de vigilancia por parte de las personas usuarias, quienes percibían maltratos por parte de este personal, lo que impulsó procesos de capacitación y diálogo, para que cesara esta situación.

Asimismo, la manera en que se abordan personas usuarias y personal de salud se encuentra determinada por los *mecanismos de afrontamiento descritos* por Tummers et al.,

(2015), mismos que resultan muy necesarios en el momento en el que el personal de salud enfrenta personas usuarias “molestas” o “enojadas”. Entre dichos mecanismos, se encuentra la negociación, solución de problemas, oposición, búsqueda de soporte, escape, acomodación e impotencia.

A esto se agrega el hecho que aún prevalece el estigma y discriminación en los sistemas de salud, lo que incide directa e indirectamente en la adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral, y la cantidad de personas fallecidas a causa del VIH. Siguiendo a Infante & Abreu (2007) el deterioro en la relación entre el personal de salud y las personas usuarias está determinada por prácticas de estigma y discriminación, determinado por las relaciones asimétricas de poder (Hupe & Buffat, 2018), reforzando las marcadas diferencias entre el personal de salud y las personas usuarias sugerido por Ferreira & Gomes (2007), que demandan un mecanismo de comunicación asertiva.

Una buena práctica identificada en el mecanismo de afrontamiento “*solución de problemas*”, se percibe en la siguiente entrevista:

X: Mi formación en humanismo, la formación en enfoque centrado en la persona, humanismo, Gestalt, etcétera, te da muchas herramientas y habilidades para poder calmar a la persona. *No le vas a resolver las cosas, pero sí me han tocado varios casos en los que, pues tenemos que invertir un poco más de tiempo en primero escucharlos, porque de pronto son personas que, en cuanto empiezan a levantar la voz, a alguien les quieren levantar la voz más y terminan ya como dimes y diretes y todos exaltados. Entonces bajarle como dos rayitas a eso, asumir esa parte de atención humanista con un enfoque centrado en la persona, buscando empatizar con su emoción y con todo.* Y generalmente las personas van bajando sus defensas al ya sentir que no hay riesgo de agresión, como cualquier ser humano ocurriría. Y se van tranquilos generalmente.

(DRMCH51, comunicación personal, 08.10.2024)

Otro ejemplo de mecanismo de afrontamiento “*búsqueda de soporte*” es el siguiente:

X: Pero más que nada la cuestión psicológica, ¿qué hacemos? *Pues tratar de dar contención, si el médico en este caso, lo primero es no engancharse, lo segundo es si el médico no se siente capaz o no está saliendo del control, pedirle apoyo por el área de psicología, o por el área directiva para contención.*

(DRMCH34, comunicación personal, 14.10.2024)

En el mecanismo de afrontamiento **“escape”** se tiene la siguiente experiencia:

X: *Son muy pocas las veces que, por ejemplo, se ha llegado a activar la alarma, porque no solo la activamos en el trabajo social, también en el área médica o de psicología. Entonces, aquí con nosotros en trabajo social no nos ha tocado ninguna situación así, afortunadamente, pero pues igual sí nos han tocado pacientes en los que llegan alterados, entonces sí se les hace como la sensibilización, se les tranquiliza y se les comenta.*

(TRASOTSH24, comunicación personal, 24.10.2024)

En el mecanismo de **“negociación”** se identifica la siguiente experiencia:

X: *Pues tratamos de darles un poquito de contención para que se sientan bien atendidos. Es lo que creo que mis compañeros y yo, es lo que hacemos. Que llegan molestos, ya sea porque desde la entrada la policía le hizo cara o sintió que lo vio feo, después archivo, es que no me recibían mi expediente, es que no, esto, vamos a ver, tranquilo, ya estás aquí, ahorita vamos a tu atención y ya después platicamos si hubo un problema o algo, tratar de solucionarlo para que en otra ocasión no pase y ya como que más o menos se van tranquilizando y ya se van contentos.*

(ENFEM61, comunicación personal, 25.10.2024)

En el mecanismo de **“acomodación”** se ejemplifica la siguiente experiencia:

X: *Sí, yo trato, por ejemplo, de... Primera, calmarme uno porque pues uno no le gusta que le griten. Entonces, yo creo que eso es calmarte, pensar lo que vas a decir*

y cómo hablarle porque con una palabrita que se les diga se descontrola todo, se descontrola todo.

(PSIARCHM32, comunicación personal, PSIARCHM32)

En el mecanismo de **“impotencia”** se tiene la siguiente experiencia:

X: *Este, lo saludo y aunque no me conteste, o sea, mi deber como persona y ser humano. Bueno, así es. Fui educada. Y también, este, siento que es parte de la educación.*

(ENFEM58, comunicación personal, 18.12.2024)

En este orden de ideas, y de manera antagónica, se considera al **“usuario feliz o tranquilo”**, como un tipo de persona usuaria que facilita la consulta médica, la hace más fluida por ser “cooperadora”. Al abordar la situación específica de la llegada tardía de las personas usuarias, el personal de salud coincide en que se les atiende en la medida de lo posible, aunque en algunos casos no es posible atenderles y se les debe reprogramar, pero también plantean que la llegada tardía de una persona usuaria y la búsqueda proactiva de espacio para atenderle puede incidir en la tensión del ambiente de trabajo, en el CAPASITS existe la política de cero rechazos.

Al momento de atender a un usuario **“feliz o tranquilo”**, la consulta se agiliza más, una de las entrevistadas sostuvo:

Entrevistador: Interesante. A ver, y a usted, ¿qué hace cuando le toca lidiar con un usuario tranquilo o feliz? Porque me imagino que no toda la gente viene molesta, pues habrá gente que viene así muy tranquilita.

X: *Ah, pues, platicamos, chacoteamos más, ¿no? O sea, tratamos de, por ejemplo, hay quien me dice, pues sí, ya sabía que lo tenía, pero no, no, estoy tranquilo, estoy relajado. Ya que le doy como dos o tres preguntas, así como tú, que le damos cuenta, te digo, ok, ¿está tranquilo? Va, pues entonces, ahora qué sigue, ¿no? ¿Qué plan tienes? ¿Cómo lo vamos a pasar? Yo incluso les digo, pues aquí nos vamos a ver un*

buen ratote, ¿no? Yo te voy a dar lata a ti, tú me vas a dar lata a mí, y aquí vamos a estar.

(PSIAPM41, comunicación personal, 08.10.2024)

Entre las estrategias que se buscan para atender a una persona usuaria que llegó tarde a su consulta, se encuentra la de reducir el tiempo de consulta a otras personas usuarias, para gestionar el espacio de tiempo. También debe enfatizarse en que la queja más frecuente recibida por parte del personal de salud son los tiempos de espera largos (García et al., 2024) a los que deben someterse las personas usuarias, lo que de alguna manera refuerza la idea que el personal de salud se ha visto rebasado en su capacidad de atender a la población usuaria.

Sobre los tiempos de espera largo, el personal de salud aseveraba:

Entrevistador: Cuando se le acumula la gente.

X: *Cuando se acumula la gente, quizás ahí... ¿Por qué? Porque es la presión del mismo pacientito. Y digo, se trata de atender en un lapso no mayor a 12, 15 minutos por mucho. Pero algunas veces la persona cuando ya tiene hambre o está impaciente o ya lleva un buen rato aquí, pues obviamente a todos nos ha pasado, pues como que genera ya hasta como... A ver a qué horas me voy, a qué horas me atienden. Y como nosotros, literal, somos los que recepcionamos y los que despedimos porque se van con su cita, pues obviamente ahí puede ser donde el estrés suba un poquito más. Y te digo, no hay lapso de descanso de 7:30 a 14:00 horas que es el horario del servicio en donde descansemos. Más bien, en cambio, aquí te repito, la inteligencia emocional juega un papel muy importante en donde suave. O sea, tranquilo, tranquilo. Trabajo bien, procura no tener errores. Y si el pacientito ya esperó dos horas quizás dentro de sus consultas, que puede esperar 10 minutos, pues ya es mínimo, ¿sí René? Así explico.*

(Fragmento, entrevista, POLARCH41)

Resulta pertinente añadir, que en cuanto al buzón de quejas que tiene el CAPASITS, precisamente una de las principales quejas por parte de las personas usuarias, son los tiempos de espera para recibir atención. Una de las personas entrevistadas señalaba:

Entrevistador: ¿Usted ve los temas de medicina, buzón de quejas y sugerencias? ¿Cuáles son, respecto del personal de salud, cuáles son las quejas más frecuentes que se presentan?

X: *Pues que a lo mejor no llegaron a tiempo a su consulta, que no los pasaron a tiempo. La mayoría es para el archivo, o sea que no los pasaron a tiempo a su consulta, que estuvieron esperando mucho. Ahora que teníamos lo del cubre bocas, que la mayoría no traía cubre bocas y que los regresaban por no traer cubre bocas. Quizá es un poco menos como del mal trato al usuario. Esa es muy poca vez que sucede. La verdad es que aquí tenemos muy buen servicio. Hemos estado dando un muy buen servicio que la mayoría no se queja por el trato de médico a paciente. Se quejan más como en lo externo de cosas, por no traer las derechohabencias, pero son cosas que es responsabilidad del usuario, no es cuestión de CAPASITS. Por decir, los no derechohabencias, el cubre bocas, pues obviamente el paciente también tiene que estar responsable de traer su cubre bocas. En sus citas, en llegar temprano, si no llegan temprano, puede haber la posibilidad que le reagenden su cita. Porque hay otras personas esperando antes que ellos, o después que ellos. Entonces eso es como que lo más en el tiempo de espera, en el cubre bocas, con las oficiales.*

(Fragmento, entrevista, EDED32)

Entonces la incorporación de nuevas prácticas y la adopción de nuevos paradigmas de atención a nivel institucional (Banaszak-Holl & Keith, 2014), se traducen en la rutinización de dichos paradigmas por parte del personal de salud, es decir, en su puesta en práctica en las distintas áreas clave, por parte del personal de salud del CAPASITS. Esto, sin perder de vista que las nuevas prácticas se adoptan desde distintas fuentes, como lineamientos institucionales, presión de la sociedad civil organizada, descubrimientos científicos e isomorfismo adoptado de otros modelos de atención.

5.3 El personal de salud en la atención a grupos vulnerables

En lo que se refiere a los *grupos vulnerables*, existen algunos criterios para tomarles en consideración al momento de asignar el trabajo del PREVENMOVIHL, como HSH, personas migrantes, pueblos originarios, personas trabajadoras sexuales y la comunidad LGBTIQ+; estos grupos, se enfrentan a un *silencio* social e institucional ensordecedor, que interpela a reflexionar sobre el génesis de la *vulnerabilidad*, a saber si es el VIH o a saber si es la falta de respuesta integral por parte del Estado, que desde luego, involucra al personal de salud. En el caso particular del PREVENMOVIHL únicamente hace trabajo en municipios cercanos a Pachuca, debido a que la Secretaría de Salud cuenta con otras dos unidades móviles adicionales con las que se distribuyen el territorio del Estado.

Para comprender la manera en que se gestiona la atención hacia los pueblos originarios, es preciso hacer algunas valoraciones (Muñoz, 2022). El personal de salud refiere que no tienen un manejo técnico de los idiomas indígenas en el CAPASITS, por lo que se enfrentan algunas dificultades para comunicarse con personas que no hablan español o que lo hablan muy poco; de igual forma, existen algunos aspectos propios de la cultura de los pueblos originarios que hacen inferir al personal de salud que es complicado trabajar con los mismos debido al tabú que esto conlleva.

Para ilustrar la cotidianidad en la atención a los pueblos originarios, se presenta la siguiente experiencia:

X: Bueno, no son mis usuarios y ahí sí se complica la situación. ¿Por qué? Porque teníamos una trabajadora social que, por ejemplo, es de Huejutla y, bueno, pues hablaba la lengua de ahí y, pues, se comunicaba muy bien con estas personas. Viene con esas personas, es un grupo como casi, casi como familia. Viene el grupo, entonces, pues obviamente ya los más jóvenes sí hablan español y ya se traducen entre ellos.

(PSIAPH55, comunicación personal, 04.10.2024)

A lo anterior, es pertinente adicionar la experiencia de otro miembro del personal de salud, que indica la necesidad de contar con *lineamientos específicos para la atención a*

pueblos originarios, en particular al tratarse de consulta con telemedicina, un mecanismo de atención implementado por el CAPASITS desde la pandemia del COVID 19. Se indica:

X: Sí, debería haber desde mi parte, por lo menos ahora con la tecnología, y el otro día lo proponía, pues que por Zoom podamos conectarnos en tiempo real con alguien que conozca la lengua, que sea personal de salud también, que eso es importante, y que me pueda ir traduciendo. Y también que la otra persona pueda escucharla cuando le diga, oye te duele aquí más, desde cuando estás así, que tanto vómito tienes, que tanta diarrea, o sea, que podamos, porque si no vas a estar, y muchas de ellas hacen su mejor esfuerzo por comprendernos, o sea, por decirme, le haces como señas, y le duele acá. Y la persona te dice sí, pero no sabes si realmente te está comprendiendo o no, *entonces eso para mí es una limitante importante, porque tenemos aquí personas que hablan náhuatl, que son la mayoría de los pueblos originarios, pero también, pero también hay lugares donde hablan otomí.*

(DRMCH51, comunicación personal, 08.10.2024)

El personal de salud también refiere la necesidad de descentralizar la atención en materia de VIH, debido a que actualmente está centralizada, consideran que no únicamente se trata del manejo técnico del idioma, sino de la pertinencia cultural, usos y costumbres propios de las comunidades. La descentralización de la atención en VIH implica el manejo técnico del idioma, capacitación a personal de salud local de las comunidades, que comprendan la dinámica de vida específica de las mismas, lo que refuerza la necesidad de universalización del sistema de salud en México, de acuerdo con Fajardo (2018).

Además de lo anterior, la descentralización en la atención al VIH reduciría significativamente costos de tiempo y dinero para las personas usuarias, por el traslado que deben realizar, además de costos operativos para los sistemas de salud. En este tenor, se han impulsado estrategias por parte del personal de salud, al momento de activar la búsqueda de personas usuarias, que por alguna razón han dejado de asistir a los servicios de salud, como ir al domicilio de la persona usuaria, parquearse lejos del mismo, quitarse el gafete y la vestimenta institucional, e ir a buscarle como un “amigo” o una “amiga”, y que necesita darle

alguna información; esto con la finalidad de guardar la confidencialidad de las personas usuarias frente a su grupo familiar.

A renglón seguido, se entiende que, en cuanto a las *personas migrantes* en situación irregular, que se atendían en el CAPASITS, enfrentaban dificultades relacionadas con su Clave Única de Registro de Población (CURP), puesto que, al no contar con regularización de situación migratoria, no poseían una tarjeta de residente, y consecuentemente con una CURP. Sin embargo, se dispuso que ya no se solicitara la misma, para recibir los servicios médicos del CAPASITS, y que, al momento de introducir información en el espacio de CURP para personas migrantes, se coloca un código de persona migrante. Esta disposición se tomó a partir de lo narrado en la entrevista:

Entrevistador: A ver, ¿y hay algún proceso específico para personas migrantes en situación irregular acá, en el CAPASITS?

X: *Hubo una situación de un paciente que yo me enteré de que no se le dio la atención y al parecer falleció. A partir de eso, todo paciente migrante se le atiende. (ENFEM61, comunicación personal, 25.10.2024)*

En esta lógica, el personal de salud también indica que anteriormente se atendían personas *PPL*, pero ahora lo hacen las jurisdicciones de salud. Sin embargo, las *PPL* que viven con VIH se atienden en el CAPASITS, únicamente lo concerniente al VIH, porque reciben los otros servicios de salud en sus centros de detención. Sin embargo, el personal de salud enfrenta dificultades operativas en el consultorio, ya que no pueden atender a la persona usuaria con la calidad y la privacidad necesaria, en cuanto a esto, indican que

Entrevistador: ¿Y todo el tiempo están esposados?

X: *A veces les pedimos que les quiten una de un brazo, por lo menos para poder, que se acuesten y que podamos revisarlo, que levanten sus brazos, etc. O sea, sí, sí, eso pasa. Pero me parece que parte de la atención médica, parte de los principios de la atención médica y de los derechos que tiene cualquier paciente, es su derecho a la privacidad. Y el que tengan que estar custodios. Yo entiendo la parte que es por seguridad. Incluso por seguridad mía.*

(DRMCH51, comunicación personal, 08.10.2024)

A lo anterior se añade el hecho que en México no existe un sistema de salud unificado, más bien existen muchos sistemas y que no se comunican entre sí y guardan *silencio*, al momento de recibir atención en VIH en una institución de seguridad social, y comenzar a recibirla en el CAPASITS y viceversa. Se destaca que la información sobre programas específicos de prevención combinada como el PrEP se encuentran disponible únicamente en español, y que las PPL no tienen acceso a PrEP, debido a que no se cuenta con lineamientos específicos para la gestión de esta estrategia a nivel de los centros de detención. Las PPL (SEIINAC, 2013), entonces enfrentan un triple estigma: el de vivir con VIH, pertenecer a la población LGBTIQ+ y la de ser PPL; otros matices que hacen ruido dentro del *silencio* al que se ha venido haciendo referencia a lo largo de esta investigación.

La importancia de referirse a los grupos vulnerables, como pueblos indígenas, personas migrantes en situación irregular y PPL es que la literatura considera que estos grupos poblacionales enfrentan desafíos adicionales en la gestión del VIH. A saber, en el caso de los pueblos indígenas, Chary et al., (2016) enfatiza en las barreras lingüísticas e idiomáticas, algo evidente en el CAPASITS de Pachuca.

Lo que también tiene impacto en la adherencia terapéutica, tal como lo señalaba Muñoz (2022), debido a que en el CAPASITS existe un desincentivo para las personas usuarias en el sentido de adherirse a su tratamiento; asimismo la necesidad de atender con pertinencia cultural y que Martínez (2022) matizaba algunos de sus elementos que deben considerarse en la atención, además de las barreras lingüísticas ya mencionadas.

Sumado a esto, y siguiendo a Pla et al. (2007) las personas migrantes en Hidalgo no son partícipes de la confección de la política del VIH (Dror, 1992), (Gunn, 2018), aún y cuando les involucra en su paso por la ruta migratoria en México, lo que limita el ejercicio de su ciudadanía, en la lógica de Macías (2012). Indudablemente el grupo vulnerable que enfrenta los mayores desafíos en el CAPASITS de Pachuca son las PPL; ya desde finales de los años dos mil se venía señalando por parte del CONAPRED & Arellano (2008) la asignación de celdas para PPL con VIH, y los posibles escenarios de discriminación por parte del personal del sistema penitenciario SEIINAC (2013).

5.3.1 *Herramientas de trabajo del personal de salud*

En cada una de las distintas áreas clave del CAPASITS, se cuentan con distintas herramientas de trabajo, que pueden ser insumos físicos, informáticos, tecnológicos, normativos, de enfermería y farmacológicos, que permiten realizar su labor asignada con eficiencia, si falta una herramienta, falla la eficiencia y la celeridad con la que se atiende a las personas usuarias.

Dentro de las principales herramientas de trabajo que le hace falta al personal de salud y que presenta desafíos adicionales en la jornada de trabajo diaria, se encuentra la falta de espacio físico para atender a las personas usuarias, ya que la infraestructura del CAPASITS viene funcionando desde el año 2008 y ya fue rebasada en su capacidad para la atención a las personas usuarias por parte del personal de salud; lo que genera retrasos en la atención a las personas usuarias y por tanto detrimento en la calidad del servicio, siendo el caso más grave el del área de Trabajo Social, que debe atender a las personas usuarias prácticamente en el área de espera, debido a la carencia de oficinas para esta labor. Otro caso, para ilustrar esto, es el referido por el personal de salud considera, por ejemplo

Entrevistador: Pero, estamos hablando de qué más espacio físico. O sea, a mí me da la impresión, porque yo realmente el archivo solo lo he visto por fuera, pero me da la impresión de que están ahí en hacinamiento casi casi.

X: *Sí, y más porque contamos con las gavetas. Entonces, pues es un espacio más chiquito y es como que queremos más, ¿no? Porque de repente nos cruzamos que, para imprimir, que, para sellar, que para sacar un expediente. Entonces, andamos, así como casi que rebotando.*

Entrevistador: Es uno encima del otro.

(PSIARCHM32, comunicación personal, 14.11.2024)

Lo cierto es que, el personal de salud refiere que cuentan con el suficiente recurso material para llevar a cabo su trabajo; sin embargo, también indican que en muy pocos casos han tenido que usar recursos propios, sin embargo, para fines de trabajo llegan a utilizar su celular personal para fines de comunicación de asuntos relacionados a su trabajo, gestionando cuestiones vinculadas con la atención a las personas usuarias, tal como lo indica Lars et al.,

(2018) y, desde luego, tiempo personal adicional, para tomar capacitaciones o procesos formativos en línea, que por la alta carga de trabajo no pueden tomar en su centro de trabajo.

Respecto de esto, existe una “normalización” en el personal de salud del CAPASITS, en algunas entrevistas, muestran con un dejo de orgullo el celular personal con mensajes de plataformas de mensajería instantánea como WhatsApp, con mensajes relacionados con su trabajo, con distintas personas funcionarias de instituciones de salud. También es fundamental mencionar que el personal de salud ha realizado solicitudes de material específico para las áreas de nutrición y psicología, sin obtener mayor resultado.

Igualmente, sobre los *lineamientos de trabajo*, el personal de salud considera que son claros y en pocas se debe matizar. Que si bien es cierto el personal de salud rige su accionar tomando como fuente la normativa y su discrecionalidad (Maynard-Moody et al., 2018); reciben indicaciones distintas de manera frecuente, lo que genera tensiones y estrés en el equipo de trabajo, en la coordinación y colaboración que deben realizar; además de generarse pasos adicionales al personal de salud, al momento de confirmar información entre sus integrantes. Entonces, por un lado, el personal de salud se enfrenta al hecho de recibir indicaciones distintas de manera frecuente, al mismo tiempo que debe existir flexibilidad en la aplicación de las reglas de operación (March & Olsen, 1997).

Para ejemplificar los matices relacionados con *lineamientos de trabajo*, es menester hacer referencia al Manual de Procedimientos, como principal normativa que rige el funcionamiento de las operaciones de trabajo cotidianas en el CAPASITS, una de las entrevistadas dijo:

Entrevistador: ¿En el caso suyo como trabajo social los lineamientos son claros o hay alguna de pronto algún tipo de confusión en la normativa que rige sus funciones?

X: *De hecho ahorita hace poquito actualizamos nuestro manual de procedimientos porque había situaciones que ya no se llevaban a cabo o por ejemplo los nuevos protocolos ya no estaban dentro de ese manual de procedimientos entonces hace poquito hicimos el ajuste hicimos nuevos manuales de procedimientos o los complementamos como por ejemplo la situación de las personas que vienen de otro país o del protocolo para atención a personas privadas de su libertad entonces sí contamos con ese protocolo y la idea era que si llegara una persona por ejemplo un*

personal nuevo al área de trabajo social que tuviera el manual y que fuera lo más claro posible si iba a haber el apoyo por ejemplo de alguna otra responsable del área o por ejemplo de dirección pero si tratamos de dejarlo como que lo más entendible posible para que fluyera el trabajo por ejemplo si en alguna situación ninguna de las personas estaba libre para apoyar entonces que hubiera ese entendimiento.

(TRASOTSH24, comunicación personal, 24.10.2024)

En suma, el personal de salud afirma que en la mayoría de los casos estos lineamientos son claros, pero que hay lagunas, mismas que trastocan la dinámica de trabajo en el equipo de trabajo. Tomando como base lo determinado por Laar (2022), la manera en que se ponen en práctica los lineamientos debe partir de una interconexión con otras disposiciones del gobierno, algo que no siempre sucede.

5.3.2 Redes sociales y telemedicina

Tal y como ocurre con muchas instituciones públicas, las entidades que prestan servicios de salud en Hidalgo también hacen uso de las redes sociales para comunicarse con sus poblaciones meta, y transmitir información clave que dinamice la interacción entre las instituciones y sus personas usuarias. El CAPASITS no es la excepción; sin embargo, no hay una persona específica para el cargo de comunicación institucional.

Esta función ha sido delegada al equipo de PREVENMOVIHL, que además de cumplir con sus funciones, también deben gestionar la actualización de las redes sociales de esta institución. La gestión de redes sociales y telemedicina se considera como parte de esos servicios esenciales (Laar, 2022), de las dimensiones sociopolíticas del VIH.

El proceso de publicaciones en redes sociales resulta bastante engorroso, debido a que deben solicitar distintas autorizaciones para realizar las publicaciones. El *visto bueno*, para las publicaciones en muchas ocasiones llega tarde, por lo que el personal ha optado por publicar información sobre VIH de otras instituciones que también atienden este tema, en otras entidades federativas como Ciudad de México o Estado de México. Al abordar de manera específica la red social *Instagram*, muy usada por la población meta del CAPASITS, esta red social únicamente cuenta con 115 seguidoras/es, y la gran mayoría de publicaciones son de la Secretaría de Salud y no del CAPASITS, propiamente.

Siguiendo esta idea, es pertinente afirmar que no se cuenta con un perfilamiento adecuado del tipo de persona usuaria que accede y usa el CAPASITS y los mecanismos de comunicación entre la institución y sus personas usuarias. Personal entrevistado refirió que en algunos lugares de origen de las personas usuarias no cuentan con conexión a Internet o electricidad. Por ejemplo,

X: O sea, está la gente que tiene su teléfono celular con redes sociales, o está la gente de la Huasteca hidalguense que ni teléfono celular tienen porque no hay señal allá. Entonces, pues, ¿cómo les escribes? ¿Cómo les mandas un mensaje? ¿Les marcas y no te contestan? *O sea, hay mucha gente que ni siquiera te entendería porque no habla castellano. Entonces, creo que ahí es como, todavía es difícil podernos comunicar. Yo veo, por ejemplo, la Ciudad de México en La Condesa, que ellos publican algo en sus redes sociales y, pues, la población que atienden es toda urbana.* (DRMCH51, comunicación personal, 08.10.2024)

A propósito de la telemedicina, se observa como una *buena práctica de descentralización de la atención en salud en VIH* (Rogers, 1989), debido a que implica el acercamiento de la atención a las personas usuarias, en particular de la región de Huejutla, lo que ha facilitado el trabajo del personal de salud, y ha involucrado la participación de otras jurisdicciones de salud; con esta práctica se beneficia tanto al personal de salud y a las personas usuarias, quienes reciben atención en VIH, haciendo uso de este recurso, reduciendo tiempos de espera (García González et al., 2024), y costos de desplazamiento hasta la capital del Estado. Se lee el siguiente la experiencia,

Entrevistador: ¿y con la telemedicina si funciona? ¿si camina el tema de la telemedicina?

X: *Hasta el momento si nos ha funcionado tanto a nosotros, como a los pacientes porque pues, eso implica cada tres meses un gasto muy grande para ellos entonces si les ha funcionado mucho, sí, porque hay gente que gasta mucho dinero si nos comentan que son como mil pesos diarios mil de venida. Eso es mucho dinero más la comida y el hospedaje y los laboratorios si es que le llegan a tocar en ese momento.*

(TRASOTSH24, comunicación personal, 24.10.2024)

5.4 Trabajo en equipo

Es un grupo de personas, pero falta para que sea un equipo de trabajo.

(Fragmento, entrevista)

Para la comprensión de la incidencia del trabajo realizado por el personal del CAPASITS en el VIH, es preciso partir de lo sugerido por Rojo et al., (2018); que asume la idea de *equipos multidisciplinarios* que atienden a las personas usuarias de los servicios de salud en VIH, y cómo se puede aprovechar al máximo este trabajo en función de la gestión y atención hacia cada persona usuaria, en vista de los procesos de capacitación y formación del recurso humano de la salud (Fontaine, 2015), pero también el aprendizaje colaborativo, que tenga como finalidad la mejora en el servicio.

Teniendo presente lo anterior, se identifica que en general existe un trabajo en equipo de relativamente consolidado, pero también es cierto que en el personal hay un *mal ambiente laboral*, esta percepción es más patente con el personal que tiene mayor antigüedad, que con el personal de reciente ingreso a la institución. Para comprenderlo mejor, se considera la siguiente experiencia:

X: *En general, tenemos un buen trabajo en equipo, aunque el ambiente no sea muy bueno. Sin embargo, todos hacemos nuestro trabajo, ¿no? A veces dificulta a lo mejor la comunicación, es decir, antes había más comunicación de oye, este paciente tal, tal, tal, pero bueno, al paciente se le sigue atendiendo bien, digamos, ¿no? O sea, yo creo que como usuarios no se dan cuenta las situaciones que pasan como personal aquí adentro. O sea, porque el usuario viene y lo atienden y pasamos a las áreas y, o sea, no hay ninguna situación.*

(NUTNUTM43, comunicación personal, 03.10.2024)

En cierta medida, el personal de salud logra dejar de lado sus posibles diferencias personales y que se ven reflejadas en las relaciones interpersonales, para priorizar a las personas usuarias y darles el servicio. El trabajo en equipo es más perceptible en el personal

de salud propiamente clínico, en el núcleo compuesto por el personal médico, de enfermería y psicología; debido a que, al darse situaciones particulares de la salud de las personas usuarias, se deben comunicar entre sí, para lograr darle la atención a las personas usuarias.

No deja de ser fundamental, el hecho que muchos de los “malentendidos” que existen entre el personal de salud se deben a la falta de claridad de, ¿Qué función corresponde a qué área y cargo? Por lo que, al momento de realizarlas, surgen ciertos conflictos, siendo el tema de la gestión de recursos materiales un punto de conflicto principal en el equipo de trabajo.

Y es que, la comprensión del trabajo en equipo conlleva el análisis del rol de las jefaturas, quienes dirigen las acciones que se llevan a cabo, su rol puede incidir o no para beneficio de las personas usuarias o no, pero también para el cumplimiento de las funciones del personal de salud (Troche, 2024). Una gestión inadecuada del rol de jefatura puede generar casos de abusos, como el descrito en la siguiente experiencia sobre una jefatura:

X: O sea, a mí me sucedió algo muy feo, que no puedo tomar muestras y me puso a tomar muestras cuando llegó ella. Y dije sí, sí las tomo porque soy profesional y porque sí se ha tomado pero mi salud no me lo permite. Entonces me puso y todo el día la tuve ahí atrasito o un día hasta me metió la mano así [Refiriéndose a que la directora del CAPASITS le tomó el codo con fuerza, para que tomara la muestra de sangre]. Entonces son cosas que no permitimos. O sea, sí me aguanto mucho, pero...
(ENFEM58L, comunicación personal, 18.12.2024)

Otras modalidades de trabajo en equipo es la frecuencia de actualización de pizarrones en distintas áreas en el CAPASITS, que contienen información relacionada con distintos temas, y que se cambia de mes a mes, también se coloca información relacionada con recursos humanos en dichos pizarrones. En el proceso de consulta médica puede surgir la necesidad de realizar interconsultas con otras especialidades médicas o instituciones ajenas al CAPASITS, por lo que también se convierte en otro escenario de trabajo en equipo.

Este apartado debe finalizarse, con el análisis sobre el vínculo generado entre el personal de salud y las personas usuarias, el cual surge como producto de la interacción entre ambos en un periodo de tiempo significativo. El personal de salud del CAPASITS refiere que, en efecto, con algunas personas usuarias se genera un vínculo que dinamiza y hace más

fluida la consulta médica, que incluso acorta los tiempos de consulta, cuando la persona usuaria tiene cita en el CAPASITS, debido a que el personal médico "ya ubica" a la persona usuaria, y con un vistazo rápido del expediente médico es sencillo recordar la etapa evolutiva y el estado de salud de la persona usuaria.

Además, el personal de salud considera que, durante las primeras citas con el personal médico asignado, la persona usuaria suele ser reservada en su discurso, pero que poco a poco se va abriendo, en la medida en que se genera confianza entre ambos. *¿Por qué es importante hablar de esto?* Porque el vínculo que se genera entre el personal de salud y las personas usuarias puede constituir un incentivo para la adherencia terapéutica óptima en programas de prevención combinada como el PrEP.

También se genera un desincentivo en la medida en que, si ya se creó un vínculo con una persona usuaria, pero el personal médico ya no sigue trabajando en el CAPASITS, entonces con el nuevo médico o médica, será complicado seguir un proceso "normal" de consulta y adherencia, puesto que implica volver a construir un vínculo, que no siempre se logra.

Por ejemplo,

X: Sí, porque, pues, este, por ejemplo, los pacientes de muchos años que vienen desde el laboratorio, pues ya... Pacientes de muchos años, más vínculos. Sí, porque ya nos conocen, ya saben cómo somos, y nosotros sabemos cómo somos, son ellos. Entonces, pues, sí, es algo como que... Ya se va generando el vínculo.

(ENFEM58, comunicación personal, 18.12.2024)

La relevancia de abordar el tema del trabajo en equipo es porque en la atención en salud existen prácticas de atención descoordinada que son aceptadas (D'Aunno, 2014) y en cierta medida están "normalizadas", entonces la priorización es sobre la cantidad de trabajo, por sobre la calidad de la atención; por ello, algunos mandos medios y altos les dan una mayor prioridad a los indicadores de cumplimiento, que a la calidad en la atención brindada. La atención a un mayor número de pacientes o personas usuarias fortalece la práctica clínica cotidiana (Wholey et al., 2014) y el trabajo coordinado entre todo el equipo, lo que debe balancearse con la carga de trabajo que gestionan en el CAPASITS.

Dado que cada persona usuaria tiene condiciones de salud distintas, la atención no puede ser estandarizada, sino personalizada, lo que claramente conlleva una adecuada coordinación del equipo de trabajo, que no siempre se logra, cuando se tiene un ambiente laboral estresante y tenso, como el del CAPASITS. El no lograr un adecuado trabajo en equipo, puede derivar en el incumplimiento de funciones como un mecanismo de ejercicio de control y represalia en contra del resto del equipo de trabajo; un escenario en el que las personas usuarias, son las principales afectadas, y sobre lo que se guarda *silencio social e institucional ensordecedor*.

5.5 Toma de decisiones y personal de salud

Dentro de las funciones esenciales de la salud, la OPS (2020) señala como una de ellas, a la toma de decisiones (Kroeger & Luna, 1992). El nivel de facilidad o dificultad que el personal de salud tiene al momento de tomar decisiones, se encuentra íntimamente ligada con el nivel de formación, conocimiento y experiencia que tenga el personal de salud. Así, las *decisiones más fáciles* suelen ser aquellas que están relacionadas con el cumplimiento de sus funciones en cada una de las áreas clave, mientras que las decisiones más difíciles son aquellas que les demanda un mayor nivel de reflexión, e incluso consultas con otras áreas e instancias fuera del CAPASITS. En cuanto a las decisiones fáciles, se tiene la siguiente experiencia:

Entrevistador: A ver, enfermera, ¿a usted, pensando en las decisiones que tiene que tomar todos los días desde que entra por esa puerta hasta que se va? ¿Cuáles son las decisiones más fáciles de tomar? O sea, las decisiones que a usted no le generan ningún tipo de complicación y que las toma casi que en automático.

X: Pues, yo creo que cuando hay buena coordinación con el médico y con las compañeras, pues, no, yo hasta ahorita le puedo decir que no. No, y las decisiones son fáciles. Sí, porque no hay ningún problema. Por ejemplo, un paciente que me dice, un ejemplo, me dice la chica de archivo, no viene aquí, no tiene espacio para ver qué día va a ser su carga viral. Le checo, veo la tarjeta y le digo, ah, mira, vino en junio, le toca en diciembre. ¿Por qué? Porque ya ella checó la nota y dice, aquí el médico está diciendo que le toca en diciembre y que lo cite en diciembre. Pues, hazlo así. Y lo hace, o sea, no, sí, o sea, me ha tocado de que me pregunten y, o yo

preguntar, no encuentro al paciente porque parece mentira. Salgo y les hablo y luego no están. Ah, es que está creo que en el baño. Ah, pues, ya me informaron que está en el baño. O que creo que fue a desayunar y que luego regresaba. Ah, bueno, pues ya. Sí, entonces no. Hasta ahorita créame que no, yo en lo personal no he tenido, así como que un problema de algo.

(ENFEM58, comunicación personal, 18.12.2024)

En este tenor, las *decisiones más difíciles* son aquellas vinculadas con la garantía de supervivencia de una persona usuaria, su traslado o derivación a otras especialidades médicas o decisiones relacionadas con estrategias, puesto que conlleva la coordinación con otras instancias, por ejemplo, temas relacionados con adicciones, salud mental, consumo de sustancias. Sin dejar de mencionar los casos en los que una persona usuaria no llega a tiempo a su consulta médica y se debe buscar el espacio de tiempo para que la misma pueda recibir atención en salud.

Por el contrario, dentro de las decisiones más difíciles a tomar en la jornada laboral, se tiene la siguiente experiencia:

Entrevistador: Y las decisiones que le generan un poco más de reflexión, que usted a lo mejor tiene que consultarlo con sus colegas.

X: La decisión más difícil que te puedo... Ah, ahí sí, yo creo que ahí sí tengo una. Hay pacientes muy pequeñitos, bueno, lactantes. Yo creo que ahí sí está un poquito difícil la atención, porque cuando viene un paciente lactante a muestras, aquí la toma de muestras que les piden los centros nacionales o el centro que apoya el CAPASITS, les pide dos o tres tubos morados para llevar su carga viral, su CD4, y son pacientes que no les puede tomar muestras, sacar mucho volumen de sangre. Entonces para mí sí es como un poquito contradictorio, habiendo que hay otros métodos, donde puedes tomar unos tubos muy pequeñitos y puedes hacer los análisis, más sin embargo aquí no los utilizan. Entonces eso sí se me hace difícil, porque estás tratando con un paciente pediátrico o lactante de meses. Yo creo que ahí es la decisión, en un pediátrico, pues tomar una muestra sanguínea en lo que son los lactantes.

(ENFEH29, comunicación personal, 19.11.2024)

5.6 El estrés en la jornada laboral

Entre las principales actividades estresantes identificadas en el personal de salud del CAPASITS se encuentra la sobrecarga de trabajo Kroeger & Luna (1992), generada a su vez, por causas como la falta de insumos de trabajo, pero también por la cantidad de personas usuarias que acuden a recibir atención en salud, las personas que llegan con muchas dudas y a quienes hay que dedicarles más tiempo en la resolución de sus inquietudes, y por tanto, se corre el riesgo de extender el tiempo de la consulta, fuera del espacio agendado para la persona usuaria lo que también matiza el estrés al que se enfrenta el personal de salud (Hernández et al., 2025).

En adición, también es propicio hacer hincapié en el hecho que todas las áreas clave tienen una labor administrativa que, aunque no es la principal, sino la subyacente de su labor principal, la realidad es que les absorbe buena parte de su tiempo y funciones, por lo que se encuentran sobrecargados de trabajo (García et al., 2024).

Para sintetizar la influencia del estrés en la atención diaria, producto de la sobrecarga de trabajo, una de las entrevistadas declara:

Entrevistador: ¿cómo influye el nivel de estrés que manejan en la calidad de la atención a las personas?

X: *Influye muchísimo. Muchísimo. Porque, repito, si tú estás cansado, con incertidumbre, estás a veces hasta enojada, ¿no? Pues así es como vas a atender a la persona. Sin interés, estoy centrada en mi enojo, en lo que quiero resolver. A veces puedo ser indiferente. Claro que influye de manera importante. No puedo ser capaz de ver las necesidades de la otra persona. Esto que decía, ¿no? Si llego temprano, ¿de dónde vienes? Si ya comió, si tiene la información, si está preocupada, si le pasó algo, si se tomó su pastilla. Pues no me importa, ¿no? Porque el mismo estrés hace que a lo mejor solo quiera que pase el día e irme. Claro, claro, claro.*
(PSIPREM44, comunicación personal, 24.09.2024)

Frente al estrés generado por la actividad cotidiana en el CAPASITS, el personal de salud refiere que *no cuentan con actividades facilitadas por la institución*, para gestionar el

estrés, y que las pocas actividades de autocuidado las realizan por su cuenta, como encerrarse en una oficina y hacer ejercicios de respiración. De manera privada, llevan a cabo otras actividades como la asistencia a terapia psicológica, también comentan que en algunas ocasiones han tenido actividades de formación fuera de las instalaciones del CAPASITS, lo que en cierta medida ha contribuido a menguar el estrés, y también tenían momentos de activación física, pero que la misma demanda de trabajo, no ha permitido darle continuidad.

Asimismo, debe hacerse alusión al hecho que dentro de las instalaciones del CAPASITS no cuentan con ningún espacio de descanso destinado al personal, únicamente el área de comedor, donde ingieren sus alimentados con un espacio de receso de media hora. La mayor parte del personal considera que sí es necesario contar con un espacio de descanso apropiado para el personal, debido al estrés y la sobrecarga laboral a la que se encuentran sometidas/os.

Igualmente, concuerdan en que tener descansos y un espacio físico adecuados tendría una incidencia importante en la disminución del estrés, mejorando las relaciones interpersonales, el trabajo en equipo y el ambiente laboral. Desde esta perspectiva, el personal de salud afirma que el estrés generado por la sobresaturación de su carga de trabajo, no se refleja en la calidad de la atención que brindan a las personas usuarias (Franco, 2020).

En definitiva, el incremento del agotamiento en el personal de salud es proporcional a la reducción de la calidad de la atención brindada a las personas usuarias (Franco, 2020), tal como lo afirma Farnsworth & Shay (2014). De esta cuenta, se sugiere que existan condiciones para la "seguridad psicológica", como ese estado de plenitud en el que el personal puede abrirse para abordar las distintas problemáticas derivadas de la gestión de la atención (Wholey et al., 2014), puntualizando sobre aspectos susceptibles de mejora y estrategias para alcanzarlas, incluyendo la posibilidad de solicitar ayuda, visualizando al equipo de trabajo como un lugar seguro, abordando la implementación de nuevas prácticas de atención surgidas desde la repetición de interacciones entre el personal de salud y las personas usuarias, y entre las personas integrantes del personal de salud.

5.7 Más usuarias/os, más trabajo

El hecho es que, al preguntar lo relacionado con el aumento en la cantidad de las personas usuarias, todo el personal del CAPASITS coincide en que, en efecto, han percibido este

aumento en las personas usuarias, y que no se dan abasto en las funciones que deben desempeñar, desde luego, que, dentro de este aumento de personas usuarias, es notorio que también ha habido un aumento de personas usuarias de origen extranjero.

Prácticamente, la cantidad de personas que atienden al día ha aumentado, así como la cantidad de nuevos casos de personas viviendo con VIH también se ha visto incrementada. Entre las estrategias impulsadas por el personal de salud, para gestionar esta situación, se encuentra la de auxiliarse de practicantes o personas en servicio social, pero esto únicamente para el área de Trabajo Social, lo que implica que las otras áreas no pueden replicar este mecanismo. El impacto en el rol del personal de salud es que tienen una mayor cantidad de trabajo que realizar, con el mismo horario y salario.

Una de las estrategias sugeridas por el personal de salud es la contratación de más núcleos, usualmente, el núcleo se compone de un médico y dos enfermeras.

X: Entonces, si hay un médico, debería haber por lo menos otras dos enfermeras más. Pero, *aunque hubiera otro médico, no hay otro consultorio, no hay otro espacio para enfermería*, o sea, entonces, más bien yo creo que, o se cambiara de turno, o sea, ampliar el turno vespertino o el turno de fin de semana, ya podría haber un médico y dos enfermeras más que ya puedan atender. Pero implicaría una persona de farmacia que dé el medicamento, una persona de archivo que agende, una trabajadora social para que, o sea, no solo sería, o sea, ampliarlo sería poner otras seis personas más, ¿no? Entonces, sí, entiendo que no es fácil, pues, pero, pero sí, creo que la necesidad a la larga esa va a ser.

(DRMCH51, comunicación personal, 08.10.2024)

Aún y cuando no se lograra hacer este proceso de contratación, en el CAPASITS han implementado otras estrategias como la reducir tiempos de consulta para que ninguna persona se quede sin su debida consulta médica, además de la estrategia de telemedicina y coordinación con las jurisdicciones de salud, pero esto es insuficiente, la capacidad física y de atención ya ha sido superada. El personal de salud señala que aún y cuando se reduzcan los tiempos de consulta, en algunos días han tenido cuatro nuevas detecciones, con cada “paciente de nuevo ingreso” se tardan más de una hora solo con el personal médico, más el

tiempo de las otras áreas clave a los que también tiene que pasar, lo que también impacta en la operativización de la normativa, a este respecto se tiene la siguiente experiencia,

Entrevistador: Ok, hablando sobre roles específicos, ¿qué retos específicos existen con el personal para la operativización de la normativa y los procedimientos vigentes? Digamos, si pudiésemos pensar en un par de retos que hay todos los días para que se lleven a cabo la normativa y los procedimientos.

X: Pues ahorita, bueno, se está precisamente trabajando en el diagnóstico situacional, pero uno de los principales retos pues tenemos solamente dos médicos tratantes y la consulta está totalmente saturada. *Necesitamos otro médico tratante que tenga, pues conocimientos en VIH. También tenemos situaciones en cuanto a las instalaciones, que ya no rebasó el número de pacientes, son las mismas instalaciones de hace mucho tiempo y ya tenemos muchos usuarios.*

(PSICOPM49, comunicación personal, 20.01.2025)

El aumento de personas usuarias que atender, diluye la posibilidad de transicionar hacia un modelo de atención en VIH centrado en la persona (Banaszak-Holl & Keith, 2014), acentuando la dicotomía del cumplimiento de estándares de calidad en la atención brindada por el personal de salud, y de los indicadores de cumplimiento exigidos por los mandos medios y altos en la Secretaría de Salud.

5.8 La capacitación al personal de salud

Siempre la capacitación en el cargo que va a desempeñar uno es crucial y es fundamental. Es decir, *eso evitaría, pues, margen de error.*

(Fragmento, entrevista)

De cualquier modo, al hablar de capacitaciones y nuevos lineamientos, es importante establecer que el personal de salud del CAPASITS se encuentra en procesos de formación constantes, no así de nuevos lineamientos, puesto que los mismos no cambian de manera tan frecuente. La Secretaría de Salud, IMSS Bienestar y CENSIDA cuentan con una serie de plataformas electrónicas para la realización de procesos de capacitación auto gestionados,

como SIESABI (Sistema Educativo de Salud para el Bienestar), esto quiere decir que es el mismo personal de salud el que toma en sus tiempos y a "su ritmo", envían la constancia de participación hacia el área de calidad y enseñanza, haciendo constar que ya se tomó determinado curso. En este sentido, hay algunos cursos que deben tomar por exigencia de las autoridades de la Secretaría de Salud, pero existen otros que están disponibles de manera abierta para quien quiera tomarlos, los cursos son sobre distintos temas, siempre enfocados a la labor que se realiza en el CAPASITS y los grandes temas que se atienden, como Hepatitis C, Derechos Humanos, VIH, PrEP y PEP; entre otros.

Después de la pandemia del COVID 19, muchos de estos procesos formativos se quedaron de manera “permanente” en las plataformas de aprendizaje virtual, pero la realidad, es que debido a la sobrecarga de trabajo que tiene el personal de salud del CAPASITS, no tienen la disponibilidad de tomar sus cursos en una sola jornada, en un solo momento, sino que lo van haciendo conforme van surgiendo espacios de tiempo disponibles, ya sea porque llegó tarde alguna persona usuaria o no llegó, porque suspendieron alguna actividad, porque lograron evacuar el trabajo pendiente temprano, o cambiaron las prioridades; pero como tal, no hay un tiempo en la jornada laboral destinado para el aprendizaje (García et al., 1994). Esto constituye un desincentivo para el personal de salud, puesto que consideran que el ritmo y la calidad del aprendizaje no es igual, que si tuvieran un tiempo para sus procesos de formación.

Para ilustrar lo anterior, se tiene la siguiente experiencia:

X: Lo voy haciendo conforme tengo espacios libres Ajá. Y a veces cuando ya el tiempo es como muy corto y digo hijole, es que no le he avanzado *en casa lo llevo a retomar*.

(TRASOTSM45, comunicación personal, 26.09.2024)

Otra experiencia en un tono similar ilustra:

Entrevistador: Pero me comentan que la mayoría han sido en modalidad virtual ¿tienen un aula virtual?

X: No, de hecho, los cursos se hacen de manera particular ya sea si los pueden hacer aquí, si hay un espacio se hacen en su espacio o si no hay el tiempo como tal, ya de forma externa en su casa.

Entrevistador: Es decir que hay que hacer *el tiempo personal* de uno para poder tomar capacitaciones.

X: *Sí.*

(TRASOTSH24, comunicación personal, 24.10.2024)

Ahora bien, ¿Por qué son importantes las capacitaciones para el personal de salud del CAPASITS? Kroeger & Luna (1992) abordan el tema de la distribución de las tareas del personal de salud en la gestión de esta, por ello, los procesos de capacitación contribuyen a fortalecer las habilidades y el perfil del personal de salud, como burócratas de calle, para el cumplimiento de sus funciones.

De igual forma, la OPS (2013) considera que para el perfil idóneo del personal de salud deben existir procesos de capacitación constantes. Pero más importante aún, es que las burocracias de calle, siguiendo a Maynard-Moody et al. (2018) señalan las tres principales fuentes para realizar su trabajo en el personal del CAPASITS: creencias de su personal, capacitaciones y profesionalismo.

El personal de salud refiere que también han recibido capacitaciones presenciales, fuera de las instalaciones del CAPASITS y que esto les ayuda en procesos de auto cuidado, ya que tienen la oportunidad de salir de sus instalaciones. Un matiz a tomar en cuenta es que el personal de nuevo ingreso recibe muy poca capacitación, y piensan que sus procesos de inducción deberían ser más largos y tener más elementos para el desempeño de sus funciones, pero que, al mismo tiempo, la misma demanda de trabajo que tienen, les orilla a tener poca capacitación y a comenzar a atender a las personas usuarias.

En algún momento, también han recibido procesos de capacitación por parte de laboratorios privados. Respecto de la dicotomía de virtualidad y presencialidad, algunas personas consideran que se sentirían más a gusto tomando capacitaciones en modalidad presencial, por distintas razones, ya sea por gusto personal o en otras situaciones de mayor envergadura como el hecho que si surgen dudas al momento de tomar una capacitación presencial con una persona instructora, se pueden ir dilucidando las inquietudes que surjan,

también hay personas que no tienen un manejo técnico de las Tecnologías de Información y Comunicación.

5.8.1 Necesidades de capacitación

Si bien existen procesos de capacitación para el personal de salud del CAPASITS, también existen otras áreas de oportunidad de temas de capacitación que el personal de salud como BNC (Dussauge et al., 2018) demandan; en algunos casos, hay temas que son transversales a toda la institución, como el manejo del estrés, clima laboral, género, trabajo en equipo, ya que la sobrecarga de trabajo a la que se enfrenta el personal de salud es excesiva, y repercute en su bienestar psicoemocional. El personal de salud refiere que en algunas de las áreas clave del CAPASITS nunca han recibido capacitaciones específicas sobre las áreas de trabajo, por ejemplo, no se ha impartido una capacitación sobre la gestión de unidades móviles.

El personal indica que:

X: En mi caso sí, a mí sí me gustaría recibir Capacitación sobre cómo se maneja normativamente o de manera más precisa una unidad móvil, porque lo que yo sé es muy poco y en realidad nunca me han dado una guía como tal de mira, el PREVENMOVIHL es así, así, así, así. Entonces hasta donde yo sé es mínimo una mujer y un hombre, y nunca hemos trabajado bajo normativa de manera real.

(PSIPREM40, comunicación personal, 25.09.2024)

En suma, el personal de salud coincide en que deben recibir capacitaciones en temas específicos de las distintas áreas del CAPASITS García & Mendoza (2022), porque esto permitiría atender con mejor calidad a las personas usuarias, por ejemplo, nutrición y VIH. En el área de enfermería deben capacitarse en temas de multi-punción, punción a infantes, aplicación de ciertas pruebas psicológicas que, a la vez, permitirían diagnosticar de mejor forma al personal de psicología (Ávila & Rubia, 2014), un tema urgente de capacitación es lo relacionado con salud mental, VIH y suicidología, debido a que ya se registraron casos de personas usuarias que se han quitado la vida en el CAPASITS.

Del mismo modo, afirman que se deben recibir capacitaciones en el manejo de las plataformas electrónicas que utilizan. El personal de salud ve positivo que les capaciten en

los distintos temas en los que se han ido formando, pero quisieran tener procesos de capacitación más específicos para sus áreas de trabajo.

Personal de enfermería considera,

X: Obviamente, si ya no se puede, los lineamientos aquí en México a veces son muy rígidos. Entonces, pues, por lo menos la norma oficial mexicana te dice que no dar más de dos punciones. *Entonces, no tendrás que... Yo creo que no tanto la multi-punción, sino el desconocimiento de las normas.*

(ENFEH29, comunicación personal, 19.11.2024)

La identificación de temáticas específicas de capacitación pasa por la realización de un diagnóstico de necesidades de capacitación, que debería tener distintas fuentes e insumos, como evaluaciones del desempeño hacia el personal de salud, consultas directas con las áreas clave, y el involucramiento de la jefatura de las UNEMES, en la consulta bilateral con otros CAPASITS que también estén implementando procesos de capacitación en con su recurso humano de la salud, lo que constituye parte de la evaluación de una política de salud desde la visión del personal de salud, y desde abajo hacia arriba, identificando aspectos que no son fácilmente visibles en otros modelos de evaluación, (Valencia, 2020) & (Knoepfel et al., 2008).

Las capacitaciones de temáticas generales abonan en la comprensión de ciertos temas, pero la realidad es que existe una necesidad muy latente, de capacitar al personal de salud en temas que competen a su labor en cada una de las áreas clave. Un matiz interesante, es que el personal que lleva más tiempo no tiene en su horizonte profesional la toma de ciertas capacitaciones, puesto que no lo considera necesario, mientras que el personal de reciente ingreso y de edad más joven identifica más áreas de oportunidad de capacitación.

5.8.2 Impacto de las capacitaciones en la calidad de la atención

Al tratar el tema del impacto de capacitaciones en la calidad de la atención brindada a las personas usuarias del CAPASITS, siguiendo a García et al. (2024) los procesos de capacitación inciden en la mejora de la calidad del servicio de salud (Gómez, 2003). En general, el personal de salud sostiene que las capacitaciones impactan positivamente en la

calidad del servicio, pero que podrían impactar de mejor manera si se tomaran el tiempo suficiente para realizar sus procesos de capacitación virtuales, y no estarlos tomando a pausas, cuando se libera algún espacio en sus agendas de trabajo, de ahí que algunas personas consideran que tomar estos cursos no necesariamente les sensibiliza, y que en algunas ocasiones únicamente toman los cursos para presentar las constancias, por solicitud de instancias superiores. Para ejemplificar,

X: Pero, por ejemplo, a mí ahorita en el último me pasó, se abrió la plataforma y lo empecé *en julio* y apenas regresé de unos días y lo terminé. Entonces, digamos que en mi caso creo que lo retroalimenté, pero porque era algo que yo ya había tratado, ese tema de trato digno, algo que no es nuevo, es como para reforzar. Pero *a mí me costó mucho trabajo, es tedioso y a veces la plataforma no es muy funcional. Entonces yo estaba en el curso y llegan pruebas, y llegan usuarios y llegan demandas. Cuando ya retomo, me cierra la sesión, se traba, ya no te deja entrar.* (PSIPREM44, comunicación personal, 24.09.2024)

En cuanto a las experiencias en la consulta diaria, de mejora en la calidad del servicio, se tiene la siguiente experiencia:

X: Incluso ya ahorita nos están dando capacitaciones para, bueno, nos dieron capacitaciones para atender a las personas, este, trans, que ya se dan atención aquí y que también luego a veces por falta de información no se hizo. Yo, una vez, pues yo casi acababa de llegar, estaba yo en medicina preventiva, vi a una persona trans, pero pues que no, sabía yo que era trans. *Y la invito a tomar su citología, su Papanicolaou vaginal. Entonces imagínense que me dice, yo no, yo no me hago eso. Voy viendo su expediente y Dios mío, me cambia la cara de colores, ¿no?* (ENFEM61, comunicación personal, 25.10.2024)

En cuanto a las indicaciones para recibir capacitaciones, el personal de salud manifiesta que les hacen llegar esta información por WhatsApp, por correo y les colocan la información en un pizarrón, con las fechas límites para completarlos y enviar sus respectivas

constancias. Sobre *los cambios en los lineamientos de trabajo* en las distintas áreas clave, y la puesta en práctica de los nuevos lineamientos, el personal de salud, de manera general indica que se ponen en práctica de inmediato, y aunque desde el funcionamiento del CAPASITS en sus actuales instalaciones ha habido cambios en lineamientos, no es una situación que se presente con demasiada frecuencia.

5.8.3 El personal de salud en el COVID 19 y VIH

El periodo que abarca la presente investigación incluye el año 2020, un año atípico a nivel mundial, debido a la situación generada por la pandemia del COVID 19. El CAPASITS de Pachuca de Soto no fue la excepción, debido a que la principal preocupación era el hecho de no dejar sin TAR a las personas que viven con VIH. Esto implicó la generación de nuevas capacidades por parte del personal de salud, entre ellas, la de tomar decisiones de manera rápida en lo operativo para garantizar el medicamento a cada persona usuaria de esta institución.

Para ilustrar, el personal de salud indica que,

X: Un día venía un equipo, otro día venía otro equipo, y otro día otro equipo. Y también lo que hicimos es coordinarnos con las jurisdicciones más lejanas, porque se regionalizó, más cercanas y lejanas, a las más lejanas, como existe lo que es el epidemiólogo, responsable jurisdiccional de VIH en algunas jurisdicciones, con ellos se tenía una buena coordinación. Se habló con ellos y se les envió el tratamiento de los pacientes lejanos de Huejutla, de Molango, de Zimapán, que era más difícil transportarlos porque pues no había ni transporte. Entonces, se les mandó el medicamento, ellos venían a la valija y cada semana se enviaba la dotación de medicamento para las jurisdicciones lejanas.

(DRAMCM48, comunicación personal, 07.11.2024)

Es esencial resaltar que estas decisiones fueron tomadas e implementadas a lo interno del CAPASITS y en coordinación con las jurisdicciones de salud, ya que no existían lineamientos claros por parte de las autoridades estatales en cuanto a qué hacer. Por ello, algunos CAPASITS a nivel nacional cerraron, al no tener lineamientos claros sobre qué

hacer, pero en el caso del CAPASITS de Hidalgo, asumieron el reto de garantizar el suministro de medicamentos, guardando la sana distancia y tratando de exponer lo menos posible al personal de salud.

5.9 Preocupaciones del personal de salud

Siguiendo a Kroeger & Luna (1992) el personal de salud del CAPASITS indica que, dentro de sus principales preocupaciones, se encuentra la de lograr la sinergia adecuada entre las instituciones que atienden el tema de la salud, que por ahora no existe. Un ejemplo de esto se manifiesta de la siguiente forma:

X: Pero no la hay, hay mucha competencia, muchas cosas que ni siquiera sé en qué momento las armaron dentro de su institución, ¿no? *Que solamente van por los números, no van por la disminución de los números, sino solo van por cuántos números hay.* Y por eso, no solo CAPASITS, hay muchas instituciones que nos limitan bastante para poder trabajar de una manera mejor.

(PSIPREM40, comunicación personal, 25.09.2024)

Otra preocupación manifestada por el personal de salud del CAPASITS, es lo relacionado a sus condiciones de trabajo, tanto en lo contractual, como en lo salarial. La mayoría de las personas que tienen su “base” no reciben una remuneración económica acorde al cargo que desempeñan, lo que se explica por el hecho de haber sido contratadas/os para un cargo. Pero al haber hecho carrera al interior del CAPASITS e ir ascendiendo, esto no ha significado un incremento salarial acorde al nuevo cargo. Además de lo expuesto, el tema de las prestaciones laborales, que es diferente para el personal que tiene base al personal que está por contrato, y que tiene un alcance distinto en términos de *riesgo laboral*. Indudablemente, la estabilidad laboral es una preocupación generalizada en el personal de salud del CAPASITS.

Para comprender mejor esta situación, se ejemplifica la experiencia

X: *Por ejemplo, tengo una psicóloga que tiene una maestría y que tiene un código de apoyo administrativo el más bajito, el más bajo. Entonces, pues, si me dice, pues,*

¿sabes qué? En determinado caso voy a hacer mis funciones de apoyo administrativo, ¿no? Y no de psicóloga. Pero no hay... no hay como un... pues, como un caminito a seguir. Y ese caminito que a lo mejor nos decían, hazlo, ya se hizo. Ya se le hicieron las peticiones por oficio, como te decía, Sindicato a Recursos Humanos, a la propia Secretaría de Salud. Y, pues, no, no tenemos una respuesta, ¿no?
(PSICOPM49, comunicación personal, 20.01.2025)

Dicho sea de paso, existen funciones a lo interno del CAPASITS que han sido asumidas por el personal, que no necesariamente reciben una remuneración económica adicional, como las coordinaciones, una responsabilidad adicional que lejos de traducirse en mejoras salariales, ha traído más estrés y tensión en el ambiente laboral, y desincentivos para la realización de carrera pública (Ferraro, 2017) a lo interno del sector salud. De ahí que no es extraño escuchar las siguientes preocupaciones:

X: Que a pesar de que yo tengo una maestría y tengo otras, otros estudios, mi código es de técnico en atención primaria de la salud, que para cubrir ese código solo es necesario tener el bachillerato, empezando por ahí.
(NUTNUTM43, comunicación personal, 03.10.2024)

En otra experiencia, se lee:

X: Exacto. Yo creo que, si estuviéramos bien pagados, lo haríamos mejor. Porque a veces es como de, pues, no me toca. Yo, ¿por qué voy a hacerlo si a mí no me pagan para eso? Ajá. ¿Por qué me voy a quedar diez minutos extra si ni siquiera me pagan lo que me deberían de pagar?
(EDEDM32, comunicación personal, 28.10.2024)

Así también, la falta de capacitación idónea para el personal de salud incide directamente en la calidad del servicio y en espacios de estigma y discriminación, sin duda, la falta de capacitación es una preocupación muy sentida del personal de salud. De la misma manera, consideran que la demanda de los servicios del CAPASITS ya ha sido rebasada por la cantidad de personal de salud existente, ya que es insuficiente el personal de salud y no se

dan abasto lo que constituye una situación generalizada, puesto que no solamente es el personal clínico como tal (núcleo de enfermería, psicología y personal médico), sino el resto de las áreas clave, como lo señalaba Paz (2023), además de esto, la infraestructura física también es insuficiente, tanto para el personal como para las personas usuarias, lo que genera incomodidad para el personal que no cuenta con una oficina física y que han tenido que acomodar su espacio de trabajo en el área común.

Una preocupación muy particular, manifestada por el personal de salud es que en algún momento el exceso de sobrecarga de trabajo y de demanda en el servicio del CAPASITS también se traduzca en carencia de insumos (SEIINAC, 2013) para atender a las personas usuarias, lo que implica colocar en situación de vulnerabilidad a las personas usuarias, “no darse abasto” es la principal frase que engloba esta idea.

La readecuación del rol del personal de salud del CAPASITS pasa necesariamente por el rediseño del modelo de atención (Farnsworth & Shay, 2014), en cuyo diseño e implementación se deba colocar a las personas usuarias como el epicentro de la atención y actividad del personal de salud. Esto también pasa por la adopción de medidas de fidelidad que mejoren la gestión en la atención por parte del personal de salud, a partir de la filosofía institucional del CAPASITS (Wholey et al., 2014).

Esto amerita un análisis basado en evidencia (Zinn & Brannon, 2014), a partir de otras labores realizadas con anterioridad en otros sistemas de salud y modelos de atención, tanto municipales, estatales, federales y extranjeros. Consecuentemente, esto conlleva la incorporación de recursos adicionales (Banaszak-Holl & Keith, 2014), incluyendo económicos, para la satisfacción de necesidades operativas y salariales. Entonces, el personal de salud tendría una preocupación menos en la atención a las personas usuarias, dándose abasto en su labor.

En este capítulo se han abordado los distintos elementos empíricos que son parte esencial del trabajo del personal de salud del CAPASITS en la gestión del VIH en Pachuca de Soto, en el marco del proceso salud-enfermedad-atención diaria Ferreira & Gomes (2007), estos elementos se encuentran interrelacionados con un crisol de componentes teóricos; enfatizando en la idoneidad del perfil académico y profesional de quienes atienden a las personas usuarias en cada una de las áreas clave, sus funciones, la gestión de las mismas durante la jornada laboral. Así como, aquellas no oficiales que han sido añadidas a los

diferentes cargos, sin que esto represente una remuneración salarial o compensación adicional; todo esto en la misma cantidad de horas diarias.

De igual manera, y en relación estrecha con lo que ya establece la teoría, se ha consultado en la *práctica clínica cotidiana* la atención a grupos vulnerables como personas migrantes, pueblos indígenas y personas privadas de la libertad, el uso de herramientas por parte del personal de salud en el cumplimiento cotidiano de sus funciones. Así como el uso de Tecnologías de Información y Comunicación, como la telemedicina, para la atención a grupos vulnerables. Siguiendo con las prerrogativas a considerar en el día a día, en el trabajo en equipo, las decisiones que se toman, ¿Por qué se toman? ¿Quién las toma? ¿Qué alcance tienen las mismas? y, ¿Qué consecuencias tienen dichas decisiones? Ya sea por acción u omisión. De igual forma, el estrés generado en la jornada diaria y la gestión del mismo, sobre todo en cuanto al aumento de la carga de trabajo.

En este sentido se ha reflexionado sobre las siguientes cuestiones, ¿En qué temas y de qué forma se debe capacitar al personal de salud? ¿Cómo incide la capacitación al personal de salud en la atención a las personas usuarias? Así como las lecciones aprendidas que dejó la pandemia del COVID 19. Cerrando con las principales preocupaciones del personal de salud en su trabajo en la gestión del VIH, y el *silencio social e institucional ensordecedor* que se guarda al respecto. Entonces implementar una política de atención en VIH es obligación del Estado por medio de sus instituciones y su personal, pero ¿Cómo atender a las personas usuarias sin tener la certeza de la renovación del contrato por servicios el próximo mes? ¿Con qué motivación puede atender el personal de salud a las personas usuarias sin una remuneración acorde al cargo, experiencia y formación académica? ¿Qué amabilidad y concordia se puede esperar del recurso humano de la salud que enfrenta sobrecarga laboral y jornadas aletargadas de trabajo? ¿En qué momento se puede ejercer el descanso en medio de la *sociedad del cansancio*? ¿Cómo se construyen indicadores de cumplimiento a usanza de recursos personales para el cumplimiento de labores?

Conclusiones

“Yo creo que, si estuviéramos bien pagados, lo haríamos mejor”

(Fragmento, entrevista con personal de salud)

La evidencia epidemiológica es clara: cada año aumenta la cantidad de personas que viven con VIH en el mundo, en México y de forma específica en el estado de Hidalgo, donde la curva epidemiológica tiene una tendencia muy particular, mientras el grupo de los HSH se mantiene en relativa estabilidad numérica, existe un aumento en otros grupos como las mujeres heterosexuales cisgénero. Las causas que generan esta problemática son muchas, pero la comprensión de estas pasa por el hecho de entender que toda política pública tiene dos grandes grupos de personas: por un lado, las personas destinatarias, y por otro, las personas implementadoras, cuyo papel incide en la dinamización de la problemática, y en la atención diaria.

Esta investigación se ha centrado en el personal implementador de la política pública, las burocracias de nivel de calle, y más concretamente *el personal de salud*, que no siempre es tomado en consideración al momento de buscar la comprensión holística del problema público estudiado, en este caso de la relación entre el rol del personal de salud y la atención en VIH. Sin embargo, su rol es importante, y por ello, debe ser tomado en cuenta como parte del objeto de estudio del campo disciplinario de las políticas públicas. Esto, debido a que el nivel de éxito en la implementación de esta depende en buena medida del personal implementador, mismo que enfrenta obstáculos externos e internos, para la realización de su labor en la atención diaria y la *práctica clínica cotidiana*. El hecho de no tomar en cuenta al personal implementador, de por sí, ya es un *problema público silencioso*; del que no se habla, del que no se escribe y del que no se investiga desde el ámbito científico.

De la práctica clínica cotidiana se obtienen lecciones aprendidas que permiten gestionar los obstáculos externos e internos, surgidos en el tenor de la atención en el proceso salud-enfermedad-atención diaria en el estado de Hidalgo. Por ello, y a partir de la presente investigación se determina que la hipótesis planteada tiene un cumplimiento parcial, en tanto que, si bien es cierto, el rol del personal de salud es piedra angular para la gestión del VIH, también existen otros fenómenos que coexisten de manera paralela a este fenómeno. La evidencia empírica demostró que el personal de salud se enfrenta a dificultades y retos muy

específicos, que no siempre dependen de su práctica clínica cotidiana, sino más bien externalidades propias de la burocracia derivada de los sistemas de salud en México y su administración pública, como la gestión del *expediente médico* de las personas usuarias.

Esta investigación ha demostrado que el personal de salud del CAPASITS cuenta con la formación académica idónea y experiencia profesional adecuada, lo que les convierte en recurso humano de la salud apto para el ejercicio de su profesión y de sus cargos. Incluyendo personas que han tenido otros cargos importantes a nivel del estado de Hidalgo, en el caso de algunas trabajadoras y trabajadores han hecho carrera a lo interno del CAPASITS desempeñando uno o varios cargos. La mayoría de las personas han tenido un proceso de formación en el estado de Hidalgo, en particular en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, de otras IES (Instituciones de Educación Superior) del estado de Hidalgo. Sin embargo, buena parte del personal no posee base contractual, lo que genera otras consecuencias como la inestabilidad en el cargo que desempeñan, a su vez desincentivos para la realización de carrera pública a lo interno del CAPASITS y de la Secretaría de Salud.

La asunción de funciones adicionales –no siempre vinculadas a su cargo– por parte del personal de salud incide de manera importante en la carga de trabajo que tiene el personal de salud, deteriorando la calidad de su trabajo; generando tensión y estrés adicionales. Si bien es cierto que las dos grandes fuentes que orientan el trabajo del personal de salud del CAPASITS son tanto la discrecionalidad (Maynard-Moody et al., 2018) como la normativa, lo cierto es que la discrecionalidad se perfecciona conforme la práctica clínica cotidiana del personal de salud en los procesos de interacción generados entre el referido personal de salud y las personas usuarias –durante y no durante la consulta médica– lo que no siempre es valorado por los mandos medios y altos de la Secretaría de Salud.

Entonces la realización de labores que no se encuentran en la normativa conlleva una práctica constante de atención personalizada y no de atención estandarizada, un vívido reflejo de la transición que atraviesan los sistemas de salud en México, y desde luego, la atención en salud centrada en las personas usuarias. No siempre es posible esperar una actualización de la normativa para adaptar la atención a las personas usuarias; hacerlo conlleva un posible deterioro en el servicio de salud, y la calidad de la salud de las personas usuarias. El personal de salud también tiene mucha conciencia sobre las funciones que deben cumplir; pero en particular de las funciones específicas, debido a que son las que desempeñan en el día a día.

Los mismos esquemas de contratación de buena parte del personal que tienen en el CAPASITS implican que en algunos momentos del año, el personal de ciertas áreas debe asumir funciones que no corresponden a sus áreas; por ejemplo, quienes atienden en el PREVENMOVIHL deben atender el funcionamiento del programa del PrEP, debido a que los contratos del personal que atiende el PrEP son de carácter temporal y no permanente, algo que incide en el desarrollo de capacidades del personal temporal, como causa de la alta rotación del recurso humano de la salud.

Entonces los procesos de “empalme” entre el personal de nuevo ingreso y el personal con “base” se realizan varias veces al año, esto se convierte en un desincentivo para lograr adherencia terapéutica óptima, ya que el vínculo que se logra entre las personas usuarias y el personal de salud es precisamente, uno de los elementos clave para la adherencia terapéutica óptima, lo que necesariamente pasa por generar un ambiente de confianza entre el personal de salud y las personas usuarias, el cual permite del lado del personal de salud crear condiciones de apertura hacia las personas usuarias, para que proporcionen información sobre su salud, y dar un seguimiento pormenorizado y a su vez, por parte de las personas usuarias el proporcionar información; la cual resulta enriquecedora para aprovechar al máximo posible el seguimiento al proceso de atención en salud; repetir este proceso varias veces al año, puede resultar extenuante, para ambas partes, y por tanto, no estimulante en la dinámica diaria de trabajo.

La asunción de funciones adicionales también se repite en otras áreas, como el caso de la gestión comunicacional y de redes sociales, debido a que no hay una persona contratada para el tema comunicacional, sobre todo si se toma en cuenta que las redes sociales como Instagram, Facebook y TikTok son muy usadas por las personas LGBTIQ+ principal público meta del CAPASITS, asimismo apps de ligue como Grindr. No omitir mencionar que el proceso de publicación en las redes sociales del CAPASITS es engorroso, y se realizan únicamente en español, no incluyendo publicaciones en los idiomas de los pueblos originarios.

En la misma tónica, la profesional a cargo del área de nutrición, también está al frente de la coordinación médica, debido a que no existe una persona a cargo de esta área, siendo necesaria la misma, debido a la naturaleza de sus funciones. De forma generalizada, se concluye que el personal de salud se encuentra rebasado en sus funciones, y limitado en su

capacidad de satisfacer la creciente demanda de servicio que se tiene en cada una de las áreas. Entonces la cantidad de personal es insuficiente, en función del aumento de la demanda de servicios. A su vez, la infraestructura del CAPASITS se quedó limitada, es un edificio que data del año 2008 y para una cantidad de personas usuarias que era mucho menor a la que se atiende en la actualidad; de igual forma, las herramientas de trabajo son insuficientes para la gestión completa de la demanda de servicios de salud. La principal queja de las personas usuarias, son los tiempos de espera prolongados (García et al., 2024), entonces un incremento en el tiempo de espera es proporcional a la disminución en la calidad del servicio prestado.

Al ser una unidad de primer nivel de atención, sigue funcionando en horarios de oficina, sin un componente de flexibilidad en sus operaciones, como sí funciona en otras unidades de primer nivel de atención, de otras instituciones que también prestan servicios de salud como el IMSS, que atienden en un horario en el que se divide en jornada matutina y vespertina y desde luego en fines de semana. Esto beneficia a personas que vienen de distancias lejanas y a quienes, por motivos laborales, académicos, familiares o de otra naturaleza se les facilita más el fin de semana.

Esto último incide en una mayor descongestión en ciertos horarios y áreas de atención, como Laboratorio, Farmacia, Medicina Familiar y el uso de equipo de trabajo como computadoras y otras herramientas; algo que también debería generarse en el CAPASITS, como consecuencia natural, si se amplía el horario de prestación de servicio. Adicionalmente, la comunicación asertiva se ve mermada entre más grande es el equipo de trabajo, generando retrasos en la atención y un ambiente laboral tenso, en el que se ve menoscabada la calidad de la atención.

El personal de salud también atiende a las personas usuarias de manera *cognitiva*, es decir sobre la base de conocimientos, normativa y experiencia, pero también sobre la base de su *conducta* y por tanto de su discrecionalidad propia (Maynard-Moody et al., 2018), por lo que es evidente que los procesos de formación y capacitación ayudarían a aminorar los espacios de discrecionalidad excesiva o conducta propia, que de alguna manera ponga en peligro la integridad o dignidad de la población atendida, como se ha comprobado en el mismo CAPASITS con el personal de vigilancia, reduciendo el estigma que se tiene hacia las personas usuarias.

De manera que, el personal capacitado cuenta con mayores mecanismos de afrontamiento para gestionar mejor la atención a las personas usuarias. Al abordar el componente de grupos vulnerables, específicamente de personas privadas de la libertad y pueblos indígenas, se infiere que el personal de salud del CAPASITS no cuenta con el manejo técnico de los idiomas indígenas de los pueblos originarios del estado de Hidalgo. Aunque en el caso de la telemedicina han hecho uso de traductores, esto adiciona tiempos a la consulta.

Por ende, acercar la atención en salud con pertinencia cultural a las comunidades indígenas reduce tiempos y costos de atención y operaciones por parte del CAPASITS hacia las personas usuarias, específicamente en labores de *prevención y control de VIH*. En este orden de ideas, al abordar el tema de las personas migrantes en situación irregular, se observa una buena práctica en el sentido que se les ha dejado de pedir el CURP como un documento obligatorio, lo que facilita el acceso de estas a la atención del CAPASITS y por tanto al goce de su Derecho Humano a la salud. Sin embargo, en cuanto a las PPL no existen condiciones de privacidad para la atención de las personas usuarias, debido a que en todo momento hay personal del sistema penitenciario presentes en la consulta.

Entonces las PPL se enfrentan a un triple estigma: ser personas LGBTIQ+, vivir con VIH y vivir en privación de libertad. Aparte de esto, las PPL no acceden a la oferta completa de servicios de salud del CAPASITS, sino únicamente a lo relacionado con VIH, sin que se tenga certeza sobre el acceso al resto de servicios de salud a lo interno del sistema penitenciario, como nutrición, odontología, farmacia o psicología.

Los elementos referidos sobre las PPL y pueblos indígenas confirman lo establecido por la literatura, en el sentido que estos grupos vulnerables enfrentan dificultades adicionales en la atención en salud en materia de VIH. Pero también es importante destacar, que, aunque las PPL, pueblos indígenas y personas migrantes son sujetas/os receptoras/es de la política pública en su etapa de implementación, no siempre participan en las otras etapas de la política pública, en particular en la confección.

En otro orden de ideas, la herramienta de trabajo que más escasea es el espacio físico, siendo Trabajo Social el área mayormente afectada; además del tiempo, ya que hay una normalización del uso del tiempo adicional de trabajo para la toma de cursos, capacitaciones o coordinaciones con otras instancias. Al estudiar el tema de indicaciones y lineamientos de

trabajo, en algunos momentos se conflictúan entre sí, provocando tensión y estrés adicional en el equipo de trabajo.

En cuanto al trabajo en equipo y a pesar de lo expuesto anteriormente, se percibe fluidez, a pesar de que el ambiente laboral es estresante y tenso. Una idea fundamental es que los malentendidos entre el personal se derivan de la sobrecarga de trabajo que tienen las distintas áreas, y también de la falta de claridad sobre las funciones de cada área que, además, carece de procesos de capacitación. Un buen trabajo en equipo tiene como consecuencia, la generación de vínculos entre el personal de salud y las personas usuarias, lo que dinamiza y facilita el proceso de la consulta médica, reduciendo los tiempos de consulta médica y de atención.

Al revisar el tema del tipo de decisiones que pueden complicar el trabajo, las principales son las derivadas de la necesidad de garantizar la supervivencia de las personas usuarias, debido a que conlleva la coordinación y articulación de equipos de trabajo internos y externos de Secretaría de Salud. Sin duda, el personal de salud se enfrenta a una gran cantidad de desafíos, siendo uno de los más significativos, la sobrecarga de trabajo, derivada de la creciente cantidad de personas usuarias que deben ser atendidas a diario, con un equipo de trabajo que no crece y se mantiene estático.

El no contar con actividades de autocuidado, espacios de descanso, de gestión del estrés; tiene como principal consecuencia, el hecho que la salud mental y el bienestar emocional del personal de salud, se ven comprometidos de manera negativa. De esta cuenta, una de las estrategias utilizadas para la evacuación del trabajo, es la inclusión de estudiantes universitarios en etapa de prácticas profesionales, lo que no resuelve el problema de fondo, dicho sea de paso, la única área donde se han incluido practicantes es Trabajo Social, no así en las áreas clínicas del núcleo básico.

Al analizar el componente de capacitaciones, el personal de salud toma capacitaciones de manera constante, pero existen ciertos procesos de formación que los toman principalmente por requerimiento de la Secretaría de Salud, y en particular en modalidad virtual. No hay espacios de tiempo destinados para la toma de los procesos de capacitación durante la jornada de trabajo diaria, sino que los van tomando conforme van surgiendo espacios libres de tiempo, lo que no garantiza un correcto aprendizaje. El personal de salud de nuevo ingreso recibe muy pocas capacitaciones, lo que no siempre los prepara

para el ingreso a la atención. Siendo algunos procesos de capacitación necesarios en modalidad presencial y no virtual, para ir evacuando posibles dudas que vayan surgiendo en vivo, y no hacerlo después. Dicho sea de paso, las capacitaciones al personal de salud ayudan a aminorar la brecha de capacidades existente entre los países con mayores recursos, y los países con menores recursos.

Al identificar el tema de necesidades de capacitación, se ve que hay algunas temáticas transversales a todas las áreas, pero hay otras muy específicas de cada área. De manera que, el personal de salud les da preferencia a las capacitaciones específicas de cada área, lo que incide en la mejora en la calidad de la atención, durante la práctica clínica cotidiana, en el marco del aumento de la oferta de los servicios de salud.

Lo que tiene un alcance, inclusive en el desarrollo de capacidades institucionales, como la respuesta a problemáticas de mayor envergadura, como las acciones tomadas durante el periodo del COVID 19, las cuales partieron de la articulación del equipo de trabajo y el diseño de un plan de emergencia para la atención en esta pandemia. Entre las principales preocupaciones identificadas en el personal de salud, se encuentra la construcción de una sinergia adecuada, que permita tener un ambiente laboral armónico.

Además de esto, el hecho de no tener base, lo que tiene una incidencia directa en las escalas salariales, y la carrera pública en la Secretaría de Salud, en vista que, el personal de salud asume funciones adicionales sin remuneración adicional, deriva en mayor estrés y tensión en el ambiente de trabajo y desincentivos en la carrera pública.

De todo lo expuesto, se puede resumir como componentes clave del problema público del rol del personal de salud en la gestión del VIH en Hidalgo, el aumento en la cantidad de Personas Viviendo con VIH, el rol del personal implementador de la política pública de VIH, que clásicamente no ha sido tomado en cuenta para la evaluación de la política pública desde el modelo *bottom up*, es decir desde abajo hacia arriba. Esto, materializado en la *práctica clínica cotidiana* en la que el personal de salud se profesionaliza en el ejercicio práctico de su profesión, a través del ejercicio de sus funciones, mismas que no siempre son retribuidas de forma adecuada en los esquemas salariales.

Mucho de esto se encuentra relacionado con los esquemas de contratación e ingreso a la función pública. A su vez, la falta de personal conlleva la asunción o designación de funciones adicionales a las que ya se tienen por contrato, por parte del personal de salud, sin

remuneración adicional, esto conlleva la generación de estrés y tensión en los equipos de trabajo y la gestión deficiente de estas nuevas funciones adicionales; las cuales deben desarrollarse en el mismo horario en el que cumplen sus funciones y con la misma cantidad de personal.

De esto se derivan retos adicionales como la atención a grupos vulnerables, que la literatura identifica, tales como pueblos indígenas, personas privadas de la libertad y migrantes en situación irregular; a quienes además de la población ya atendida, deben asistirles en un espacio de trabajo reducido, sin practicantes de carreras vinculadas a las ciencias de la salud que ayuden a evacuar la sobrecarga de trabajo; esto, sin dejar de hacer referencia a los procesos de formación y capacitación, tan necesarios en tiempo y temáticas específicas.

Esta investigación es importante porque demuestra que el papel del personal implementador de las políticas públicas es fundamental en todo el ciclo de las políticas públicas, y no únicamente en la etapa de la implementación; su importancia trasciende hacia las etapas de diseño y evaluación de políticas públicas. En el diseño porque las trayectorias de trabajo o mapas de procesos, que a su vez, forman parte de manuales de procesos; en los que se involucra el personal operativo de las instituciones; y en la evaluación porque es este personal quien operativiza dichos manuales, y por tanto, en el tenor de la implementación, se identifican situaciones que no es posible identificar en otras etapas, y cuya gestión puede servir para su aplicación en otros contextos; lo cual se encuentra relacionado con la visión tradicional de las políticas públicas. Por ello, es pertinente plantear que se pueden realizar otras investigaciones científicas sobre políticas públicas, tomando como base al personal implementador de políticas públicas.

Todos estos elementos han sido señalados por distintos sectores de la sociedad como OSC, academia y expertas/os en salud pública y su relación con la garantía del Derecho Humano a la salud. La frase que engloba las principales preocupaciones manifestadas por el personal de salud es la de “no darse más abasto”, debido a la carencia de personal en las áreas clave e infraestructura insuficiente. Entonces, cabe reflexionar sobre el rol de “quienes nos cuidan” en los sistemas de salud, y, ¿Cómo cuidamos a quienes nos cuidan?

Recomendaciones

A partir de las conclusiones planteadas, se considera pertinente hacer las siguientes recomendaciones en función de temáticas específicas como la situación general del CAPASITS, régimen de contratación, salarios, falta de personal de salud, contratación de personal en programas permanentes, inclusión de practicantes, comunicación, diagnóstico de necesidades de capacitación y ciclo de la capacitación, libretas y herramientas para el registro y desarrollo de buenas prácticas, adecuación de protocolos para la atención a PPL, ampliación del horario de servicio e infraestructura:

A la Secretaría de Salud se sugiere realizar un *diagnóstico situacional* de mayor profundidad sobre el *contexto general* del personal de salud del CAPASITS, en su papel de BNC. Esta investigación es una aproximación incipiente sobre esta temática, por lo que el margen de conocimiento e identificación de situaciones específicas es amplio. Al tener un diagnóstico situacional preciso, se pueden tomar decisiones más fundamentadas que beneficien al personal de salud, e indirectamente a las personas usuarias, producto de la posible mejora en la calidad de los servicios prestados, trascendiendo a otros elementos como la comunicación asertiva, y en un lenguaje comprensible para las personas usuarias.

A la dirección del CAPASITS se le recomienda promover las acciones necesarias, junto con el sindicato y el área de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud, para la *contratación y asignación de base*, al personal que aún no cuenta con una base contractual y llevan algunos años laborando para el CAPASITS; esto también permitiría aumentar las capacidades del personal que labora de manera temporal. De igual manera, se recomienda que para el personal que ha hecho carrera a lo interno del CAPASITS y que tienen base contractual, se realicen las gestiones pertinentes para que accedan a una base cuya *jerarquía y salario* corresponda al cargo que desempeñan en la actualidad promoviendo la realización de carrera pública, para romper con la tendencia existente en la actualidad, de desempeñar funciones de mayor jerarquía con el *mismo salario* del cargo de menor jerarquía.

También se recomienda a la coordinación de las Unidades Médicas Especializadas (UNEMES), que realicen un diagnóstico adecuado, sobre la necesidad de *contratación de nuevo personal*, que corresponda a la creciente demanda de servicios de salud, por parte de la ciudadanía, puesto que el crecimiento de la demanda del servicio de salud no es proporcional a la ampliación en la oferta de servicios, incluyendo herramientas de trabajo e

infraestructura. Esto permitiría evacuar de manera adecuada, el *exceso de trabajo* que se tiene en el CAPASITS y en específico, en ciertas áreas clave, además de la no asunción de funciones adicionales por parte del personal implementador.

Igualmente, a la dirección del CAPASITS se recomienda solicitar la *contratación permanente de personal para programas específicos* que ya se quedaron en la agenda permanente y forman parte de la atención diaria por parte del personal de salud, como el PrEP, que ha demostrado ser una estrategia de prevención combinada muy eficaz en la gestión del VIH a nivel mundial. A la coordinación de las UNEMES se sugiere promover la contratación de personal específico para la gestión comunicacional.

De igual manera, se sugiere a la Secretaría de Salud la confección de un mapeo de IES que tienen carreras universitarias vinculadas a la salud, y que sean demandadas por el CAPASITS. En concreto, se recomienda la *inclusión de practicantes* de las carreras de odontología, enfermería, nutrición, psicología y medicina que se imparten en el Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa) de la UAEH en el marco del "Convenio general de colaboración" firmado entre la UAEH y la Secretaría de Salud.

En este mismo sentido, se recomienda la realización de un *diagnóstico de necesidades de capacitación*, haciendo hincapié en procesos de capacitaciones específicas para cada una de las áreas clave del CAPASITS, si bien es cierto las capacitaciones de temáticas generales son importantes, aquellas con temáticas específicas son más relevantes en la medida en que se operativizan más rápido, mejorando la calidad del servicio prestado a las personas usuarias, la interacción entre estas y el personal de salud, durante no durante la provisión de servicios de salud.

A su vez, se recomienda la promoción de procesos de *formación y capacitación en temáticas específicas* al personal de salud, para aminorar el margen de discreción, dentro de las principales fuentes de identificación de las temáticas de capacitación, se encuentran los procesos de evaluación de personal, internos del CAPASITS, las denuncias realizadas en la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, informes de las OSC, consultas con personas expertas del sector académico y revisión de otros modelos de atención; siempre partiendo de los enfoques de atención en salud, centrados en la persona, enfoque de género y Derechos Humanos. Con esto, se reducen las brechas de capacidades entre el personal de

salud de los países que tienen mayores recursos, en función de los países que tienen menos recursos.

Los procesos de *formación y capacitación* pueden llevarse a cabo tanto en IC Sa, como en el Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades (ICSHu), según la temática que se pretenda impartir. A esta instancia, también se le sugiere tomar en consideración las demandas de los pueblos indígenas, por tanto, la descentralización y desconcentración de la atención en salud en materia de VIH, en las unidades de primer nivel de atención a lo largo del estado de Hidalgo, debido a que se trata, no únicamente del uso de los idiomas indígenas, sino de los usos y costumbres de los pueblos originarios. Entonces, un personal mejor capacitado, brinda un mejor servicio, fortaleciendo la calidad de la práctica clínica cotidiana.

A la dirección del CAPASITS, se recomienda promover entre el personal del núcleo básico, la práctica de toma diaria de notas sobre las prácticas que van incorporando en su cotidianidad, con la finalidad de registrar las acciones realizadas para la gestión del trabajo diario llevado a cabo por el mismo, en *libretas específicas*, sistematizando lecciones aprendidas, buenas prácticas y retos a asumir en la atención en salud; lo que conllevaría la mejora en los mapas de procesos o trayectorias de trabajo, plasmados en el Manual de Procesos y el orden negociado, reflejado en el proceso salud-enfermedad-atención diaria y la gestión del expediente médico.

Asimismo, a la dirección del CAPASITS se recomienda llevar a cabo las gestiones necesarias con la Secretaría de Seguridad del estado de Hidalgo, para la revisión y *adecuación de los protocolos y lineamientos institucionales*, que garanticen privacidad en la consulta de las PPL, y su debido acceso al resto de la oferta de servicios del CAPASITS, en condiciones de dignidad, sin estigma ni discriminación; lo que a su vez, permitiría realizar una labor adecuada de atención, por parte del personal de salud.

A la Secretaría de Salud se sugiere que realice las gestiones pertinentes para la *ampliación del horario de atención* en fin de semana o entre semana, con horario matutino y vespertino, a fin de evacuar los horarios de atención donde existe saturación por parte del personal de salud, y que beneficie a las personas usuarias, con mayores opciones de horarios.

Finalmente, se sugiere a la Secretaría de Salud revisar y ampliar el tema de la *infraestructura* física, por consiguiente, ya está rebasada en su capacidad, tanto para el personal de salud, como para las personas usuarias siendo urgente su readecuación y

ampliación. Si bien es cierto, la presente investigación gira en torno al personal de salud, se debe tener en cuenta el componente de infraestructura, donde el personal de salud realiza su labor.

A la comunidad científica se sugiere retomar aquellos elementos pertinentes de esta investigación, particularmente los relacionados con el modelo de evaluación *bottom up*, o de abajo hacia arriba, para aplicarlos a otros entornos de investigación, en los que se pueda partir de la visión del personal implementador de políticas públicas, para los procesos de evaluación, lo que permitirá en el futuro, teniendo presente que su rol es crucial en el éxito de su implementación, mejorando la calidad de las mismas, garantizando Derechos Humanos y desmitificando la visión tradicional de las políticas públicas, en la que el personal implementador no es tomado en cuenta en la formulación y evaluación de estas. *Ningún problema público puede ser silencioso.*

Bibliografía

- Aguilar Muniz, B. A., Belo da Fonte, D. C., & Cabral dos Santos, S. (2019). La percepción del portador de VIH/SIDA sobre el odontólogo. *Revista Bioética*, 27(2), 289-296. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272312>
- Aguilar Villanueva, L. F. (2004). Recepción y desarrollo de la disciplina de Política Pública en México. Un estudio introductorio. *Sociológica*, 19(54), 15-37.
- Aguilar Villanueva, L. F. (2019). Las cuestiones actuales de la disciplina de Políticas Públicas. *Opera*(25), 11-25. <https://doi.org/10.18601/16578651.n25.02>
- Aguilar Villanueva, L. F. (1992). Estudio Introductorio. En L. F. Aguilar Villanueva, *El Estudio de las Políticas Públicas* (Primera ed., págs. 15-74). Distrito Federal, Distrito Federal, México: Miguel Ángel Porrúa, Grupo Editorial.
- Alianza Liderazgo en Positivo y Poblaciones Clave (ALEP+PC). (2024). *Informe Bolivia. Estudio sobre las Formas de Violencia hacia las Mujeres con VIH en Bolivia. Informe del equipo técnico regional*. HIVOS.
- Alianza Liderazgo en Positivo y Poblaciones Clave (ALEP+PC). (2024). *Informe Multipaís. Estudio sobre las Formas de Violencia hacia las Mujeres con VIH en Bolivia, Honduras, Panamá y Paraguay*. HIVOS.
- Alianza Liderazgo en Positivo y Poblaciones Clave (ALEP+PC). (2025). *Informe Honduras. Estudio sobre las Formas de Violencia hacia las Mujeres con VIH en Honduras*. HIVOS.
- Alianza Liderazgo en Positivo y Poblaciones Clave (ALEP+PC). (2025). *Informe Nacional Bolivia. Estudio sobre el derecho a la no discriminación, el derecho a la salud y el*

derecho a no sufrir detención y prisión arbitraria de personas con VIH que usan drogas (PvUD) en 10 países de Latinoamérica. HIVOS.

Alianza Liderazgo en Positivo y Poblaciones Clave (ALEP+PC). (2025). *Informe Nacional Costa Rica. Estudio sobre el derecho a la no discriminación, el derecho a la salud y el derecho a no sufrir detención y prisión arbitraria de personas con VIH que usan drogas (PvUD) en 10 países de Latinoamérica. HIVOS.*

Alianza Liderazgo en Positivo y Poblaciones Clave (ALEP+PC). (2025). *Informe Nacional Ecuador. Estudio sobre el derecho a la no discriminación, el derecho a la salud y el derecho a no sufrir detención y prisión arbitraria de personas con VIH que usan drogas (PvUD) en 10 países de Latinoamérica. HIVOS.*

Alianza Liderazgo en Positivo y Poblaciones Clave (ALEP+PC). (2025). *Informe Nacional El Salvador. Estudio sobre el derecho a la no discriminación, el derecho a la salud y el derecho a no sufrir detención y prisión arbitraria de personas con VIH que usan drogas (PvUD) en 10 países de Latinoamérica. HIVOS.*

Alianza Liderazgo en Positivo y Poblaciones Clave (ALEP+PC). (2025). *Informe Nacional Guatemala. Estudio sobre el derecho a la no discriminación, el derecho a la salud y el derecho a no sufrir detención y prisión arbitraria de personas con VIH que usan drogas (PvUD) en 10 países de Latinoamérica. HIVOS.*

Alianza Liderazgo en Positivo y Poblaciones Clave (ALEP+PC). (2025). *Informe Nacional Honduras. Estudio sobre el derecho a la no discriminación, el derecho a la salud y el derecho a no sufrir detención y prisión arbitraria de personas con VIH que usan drogas (PvUD) en 10 países de Latinoamérica. HIVOS.*

Alianza Liderazgo en Positivo y Poblaciones Clave (ALEP+PC). (2025). *Informe Nacional Nicaragua. Estudio sobre el derecho a la no discriminación, el derecho a la salud y el derecho a no sufrir detención y prisión arbitraria de personas con VIH que usan drogas (PvUD) en 10 países de Latinoamérica.* HIVOS.

Alianza Liderazgo en Positivo y Poblaciones Clave (ALEP+PC). (2025). *Informe Nacional Panamá. Estudio sobre el derecho a la no discriminación, el derecho a la salud y el derecho a no sufrir discriminación y prisión arbitraria de personas con VIH que usan drogas (PvUD) en 10 países de Latinoamérica.* HIVOS.

Alianza Liderazgo en Positivo y Poblaciones Clave (ALEP+PC). (2025). *Informe Nacional Paraguay. Estudio sobre el derecho a la no discriminación, el derecho a la salud y el derecho a no sufrir detención y prisión arbitraria de personas con VIH que usan drogas (PvUD) en 10 países de Latinoamérica.* HIVOS.

Alianza Liderazgo en Positivo y Poblaciones Clave (ALEP+PC). (2025). *Informe Nacional Perú. Estudio sobre el derecho a la no discriminación, el derecho a la salud y el derecho a no sufrir detención y prisión arbitraria de personas con VIH que usan drogas (PvUD) en 10 países de Latinoamérica.* HIVOS.

Alianza Liderazgo en Positivo y Poblaciones Clave (ALEP+PC). (2025). *Informe Panamá. Estudio sobre las Formas de Violencia hacia las Mujeres con VIH en Panamá.* HIVOS.

Alianza Liderazgo en Positivo y Poblaciones Clave (ALEP+PC). (2025). *Informe Paraguay. Estudio sobre las Formas de Violencia hacia las Mujeres con VIH en Paraguay.* HIVOS.

- Alianza Liderazgo en Positivo y Poblaciones Clave (ALEP+PC). (2025). *Informe regional. Estudio sobre el derecho a la no discriminación, el derecho a la salud y el derecho a no sufrir detención y prisión arbitraria de personas con VIH que usan drogas (PvUD) en 10 países de Latinoamérica*. HIVOS.
- Allison, G. T. (1992). Apéndice. El bloqueo norteamericano a Cuba en ocasión de la crisis de los misiles cubanos. Un estudio de caso. En L. F. Aguilar Villanueva, *La hechura de las políticas* (págs. 119-200). Miguel Ángel Porrúa. Grupo Editorial.
- Amuchástegui, A., & García, A. A. (2022). Interseccionalidad y condicionantes sociales de la salud: una aproximación teórico-metodológica sobre el efecto del estigma en la vida de mujeres con VIH/sida en Chiapas. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 1-42.
- Amuchástegui, A., & Reartes, D. (2017). La voluntad de ser indetectable como proyecto de felicidad en mujeres viviendo con VIH en México. *Nueva antropología*, 35-53.
- Ansell, C. (2018). Interpretivismo Pragmatista. En Bevir, Mark, & R. A. Rhodes, *Routledge Handbook of Interpretive Political Science* (págs. 86-98). Nueva York, Estados Unidos: Routledge .
- Ardila Suárez, E. E., & Rueda Arenas, J. F. (Julio-Diciembre de 2013). La saturación teórica en al teoría fundamentada: su de-limitación en el análisis de trayectorias de vida de víctimas de desplazamiento forzado en Colombia. *Revista Colombiana de Sociología*, 36(2), 93-114.

- Avena Benítez, M., Vázquez Acero, E., & Machuca Maldonado, F. J. (2011). Características sociodemográficas y de identidad sexual de las personas que viven con VIH/SIDA que acuden al CAPASITS de Tepic, Nayarit. *Waxapa* , 46-51.
- Ávila, M. M., & Rubia, J. M. (2014). Ansiedad ante la muerte y afrontamiento en personas viviendo con VIH/SIDA y población general. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 26-42.
- Banaszak-Holl, J., & Keith, R. E. (2014). Mechanisms for Culture Change in US Health Institutions and the Example of the Nursing Home. En S. S. Farnsworth Mick, & P. D. Shay, *Advances in Health Care Organization Theory* (págs. 99-124). Jossey-Bass.
- Baruch, R., Cuadra, S. M., Arellano, J., Sánchez, D., Ortega, D. V., & Arredondo, A. (2020). Pre-exposure prophylaxis and its implications in Mexico: notions of men who have sex with men. *Sexual Health (Online)*, 22-28.
- Baza Alvarado, R. A. (2016). *Características de los pacientes al momento de notificación de infección por VIH en CAPASITS, La Paz, Baja California Sur, México*. La Paz: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Benavides, F. G., Llimós, M., & Segura, A. (2023). *La profesión de la salud pública y sus profesionales. Un reto urgente para fortalecer la práctica de la salud pública*. Zaragoza: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.
- Benedit Bonilla, Á. (2020). *La estigmatización social y la atención enfermera en pacientes con VIH. Revisión bibliográfica*. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Valladolid.

- Bermúdez-Román, V., Bran-Piedrahita, L., Palacios-Moya, L., & Posada-Zapata, I. C. (2015). Influencia del estigma en torno al VIH en el acceso a los servicios de salud. *Salud Pública de México*, 57(3), 252-259.
- Brennan, T. (1989). Removing Barriers to Health Care for People with HIV-Related Disease: A Matter of Law or Ethics? En R. D. E., & E. Ginzberg, *Public and Professional Attitudes Toward AIDS Patients. A National Dilemma. Cornell University Medical College Fifth Conference on Health Policy* (págs. 68-88). New York, New York, Estados Unidos: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Bulcourn, P., & Cardozo, N. D. (2008). ¿Por qué comparar políticas públicas? Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de Quilmes y de la Universidad de Buenos Aires en Buenos Aires, Argentina.
- Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión. (1917). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [CPEU]*. Ciudad de México: Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión.
- Campillay Campillay, M., & Monárdez Monárdez, M. (2019). Estigma y discriminación en personas con VIH/SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios. *Revista de Bioética y Derecho. Perspectivas Bioéticas.*, 47, 93-107.
- Campos y Covarrubias, G., & Lule Martínez, N. E. (Enero-junio de 2012). La observación, un método para el estudio de la realidad. *Revista Xihmai* , VII(13), 45-60. <https://revistas.lasallep.edu.mx/index.php/xihmai/article/download/202/189>

- Cardozo Brum, M. (enero-abril de 2013). Políticas públicas: Los debates de su análisis y evaluación. *Andamios. Revista De Investigación Social*, 10(21), 39-59.
<https://www.redalyc.org/pdf/628/62828836003.pdf>
- Cardozo Brum, M. (2015). *Institucionalización de procesos de evaluación. Calidad y utilización de sus resultados*. Distrito Federal: Unidad Xochimilco, División de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad Autónoma Metropolitana.
- Carolino dos Santos, M. M., Andrade Fialho, F., Ávila Vargas Dias, I. M., & Magalhães da Silva, E. M. (2012). El rol del profesional de enfermería frente a la lactancia materna en la madre con VIH. *Revista Cuidarte*, 3(1), 404-409.
<https://doi.org/https://doi.org/10.15649/cuidarte.v3i1.39>
- Carrasco Gómez, M. (enero-junio de 2023). Mujeres hondureñas viviendo con VIH en México: Movilidad, adherencia y el continuum de violencias. (C. A. González Zepeda, Ed.) *Diarios del Terruño*(15), 168-188.
- Castillo Parra, S. d., Quijada Sánchez, D. C., Feliú Pérez, D. S., Paz Fernández Torres, R., Molina Sevilla, O. J., Monsalves Morales, M. F., & Otay Ríos, V. E. (2018). Percepción de enfermería respecto a la atención hospitalaria otorgada a personas que viven con VIH. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 7(2).
<https://doi.org/https://doi.org/10.22235/ech.v7i2.1643>
- CENSIDA. (2018). *Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH*. Ciudad de México: CENSIDA.
- CENSIDA. (2021). *Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH* (Primera ed.). Ciudad de México: CENSIDA.

Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS). (2021). *Diagnóstico de Salud UNEME CAPASITS*. Pachuca de Soto: Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo.

Centro Nacional para la Prevención del VIH/SIDA y Hepatitis (CENSIDA). (2025). *Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH*. Ciudad de México, México: Secretaría de Salud.

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2006). *Manual de organización específico del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS)*. Ciudad de México: Secretaría de Salud.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/16841/man_org_capasits.pdf

Cerna, D., García, L., Puémape, F., Sosa, P., Rentería, M., & Rozas, L. (2024). *Acá no hay ventanillas. La burocracia de la calle en los programas sociales*. Lima, Perú: Instituto de Estudios Peruanos.

Cerón Gutiérrez, R. (Julio de 2007). *Diseño e implementación de un programa de farmacovigilancia en el Servicio Especializado de Atención a pacientes con VIH-SIDA, de los servicios de salud de Hidalgo* (Única ed.). Pachuca de Soto, Hidalgo, México: Área Académica de Farmacia, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Charmaz, K. (2014). *Constructing Grounded Theory*. Londres: SAGE.

Chary, A., Flood, D., Austad, K., Moore, J., King, N., Martínez, B., García, P., López, W., Dasgupta-Tsikinas, S., & Rohloff, P. (2016). *Navigating Bureaucracy*:

- Accompanying Indigenous Maya Patients with Complex Health Care Needs in Guatemala. *Human Organization*, 305-314.
- Cirera León, A., & Vélez Méndez, C. (2000). *Guía para la evaluación de políticas públicas*. Sevilla: Instituto de Desarrollo Regional.
- Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo. (2024). *CDHEH -vg-0738-18*. Pachuca de Soto: CDHEH.
- Conejeros Vallejos, I., Emig Sánchez, H., Ferrer Lagunas, L., Cabieses Valdés, B., & Cianelli Acosta, R. (2010). Conocimientos, actitudes y percepciones de enfermeros y estudiantes de enfermería hacia VIH/Sida. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28(3), 345-354.
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), Luis Manuel Arellano. (2008). *Estigma y discriminación a personas con VIH* (Vol. 5). (A. C. Valadez, Ed.) Distrito Federal, Ciudad de México, México: CONAPRED.
- Crockett, K. B., Turan, B., Whitfield, S., Kay, E. S., Budhwani, H., Fifolt, M., Hauenstein, K., Ladner, M. D., Sewell, J., Payne-Foster, P., Nyblade, L., Batey, D. S., & Turan, J. M. (2022). Patient and Provider Perspectives on HIV Stigma in Healthcare Settings in Underserved Areas of the US South: A Mixed Methods Study. *AIDS and Behavior*, 26(1), 112–124. [https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10461-021-03470-y](https://doi.org/10.1007/s10461-021-03470-y)
- Cruz Islas, J. B. (2018). Mujeres trans y atención en salud. Perspectivas desde el primer nivel de atención. En A. Amuchástegui, *Mujeres y VIH en México. Diálogos y tensiones entre perspectivas de atención a la salud*. (págs. 243-266). Ciudad de México, Ciudad

de México, México: Imagia Comunicación, Universidad Autónoma Metropolitana.
Unidad Xochimilco, División de Ciencias Sociales y Humanidades.

Cruz, C. E. (Junio de 2023). Discriminación hacia la comunidad en el acceso a servicios de salud. Pachuca de Soto, Hidalgo, México.
<https://www.uaeh.edu.mx/gaceta/5/numero52/junio/discriminacion.html>

D'Aunno, T. (2014). Explaining Change in Institutionalized Practices: A Review and Road Map for Research. En S. S. Farnsworth Mick, & P. D. Shay, *Advances in Health Care Organization Theory* (págs. 79-98). Jossey-Bass.

Danet, A., García Romera, I., & March Cerdà, J. C. (2012). El personal médico de atención primaria en la prevención del VIH. *Atención Primaria*, 44(11), 27-28.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.06.007>

Dapaah, J. M. (2016). Attitudes and Behaviours of Health Workers and the Use of HIV/AIDS Health Care Services. *Nursing Research and Practice*, 2016, 1-9.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1155/2016/5172497>

Dávila, M. E., & Gil, M. (2007). Nivel de conocimiento y actitud de los odontólogos hacia portadores de vih/sida. *Acta Odontológica Venezolana*, 45(2), 234-239.
https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-636520070002000020

Del Rey Pineda, E. (2014). *Seguimiento farmacéutico en pacientes hospitalizados con diagnóstico de VIH/SIDA*. Facultad de Química, Universidad Nacional Autónoma de México.

Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-

167. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009&lng=es&tlng=es

Dror, Y. (1992). Prolegómenos para las ciencias de políticas. En L. F. Aguilar Villanueva, *El Estudio de las Políticas Públicas* (Primera ed., págs. 119-147). Distrito Federal, México: Miguel Ángel Porrúa, Grupo Editorial.

Dussauge Laguna, M. I., Cejudo, G. M., & Pardo, M. d. (2018). Estudio introductorio. En M. I. Dussauge Laguna, G. M. Cejudo, & M. d. Pardo, *Las burocracias a nivel de calle. Una antología*. (págs. 9-25). Ciudad de México: Centro de Investigación y Docencia Económicas.

Fajardo Dolci, G. (2018). *Ritmo y rumbo de la salud en México. Conversaciones con los secretarios de Salud. 1982-2018*. (Primera ed.). Ciudad de México, México: Fondo de Cultura Económica - Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Fajardo-Rodríguez, A., & Lara del Rivero-Vera, C. M. (2001). Intervención Nutricional en VIH/SIDA: una guía práctica para su implementación y seguimiento. *Gac Med Mex*, 137(5), 489-500.

Farnsworth Mick, S. S., & Shay, P. D. (2014). A Primer of Organization Theories in Health Care. En S. S. Farnsworth Mick, & P. D. Shay, *Advances in Health Care Organization Theory* (págs. 25-52). Jossey-Bass.

Farnsworth Mick, S. S., & Shay, P. D. (2014). Introduction: Events, Themes, and Progress. En P. D. Stephen S. Mick, *Advances in Health Care Organization Theory*, (págs. 1-24). Jossey-Bass.

- Ferraro, A. (2017). Las administraciones públicas. En S. Martí i Puig, & J. M. Solís Delgadillo, *Curso de Ciencia Política* (Primera ed., págs. 549-576). Ciudad de México, México: Senado de la República, LXIII Legislatura.
- Ferreira Deslandes, S., & Gomes, R. (2007). La investigación cualitativa en los servicios de salud: notas teóricas. En L. Magalhães Bosi, & F. J. Mercado, *Investigación cualitativa en los servicios de salud* (págs. 81-95). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Fontaine, G. (2015). *El Análisis de Políticas Públicas: Conceptos, Teorías y Métodos* (Primera ed.). Madrid, España: Anthropos Editorial; Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Sede Ecuador, Quito.
https://www.researchgate.net/publication/286601876_El_Analisis_de_Politicas_Publicas_Conceptos_Teorias_y_Metodos/citations
- Franco Corzo, J. (2020). *Diseño de Políticas Públicas. Una guía para transformar ideas en proyectos viables* (Cuarta ed.). (E. Pérez Camacho, Ed.) Puebla, México: IEXE Editorial.
- García García, M. d., Valdespino Gómez, J. L., Palacios Martínez, M., Izazola, J. A., & Sepúlveda Amor, J. (1994). Educación del personal de salud en México sobre el SIDA. *Bol Oficina Sanit Panam*, 117(3), 213-219.
- García González, C. G., Prieto Amparán, J. A., Beltrán Piña, B. G., & Vázquez Quintero, G. (2024). Capítulo 3: El perfil epidemiológico y las necesidades de atención a la salud en México. En J. A. Prieto-Amparán, & G. Vázquez-Quintero, *La formación del personal de salud en México* (Segunda ed., págs. 59-97). Guadalajara, Jalisco, México. <https://www.researchgate.net/publication/379953520>

- García Montero, M. (2017). Las políticas públicas y su análisis. En S. Martí i Puig, & J. M. Solís Delgadillo, *Curso de Ciencia Política* (Primera ed., págs. 577-615). Ciudad de México, México: Senado de la República, LXIII Legislatura.
- García Murcia, M., Gutiérrez Ramírez, A., & Espinosa García, I. (2022). La sociedad civil organizada y la lucha contra el SIDA en México, 1983-2004. En M. García Murcia, J. C. Mendoza-Pérez, H. M. Salinas, M. García Murcia, J. C. Mendoza-Pérez, & H. M. Salinas (Edits.), *Los efectos sociales del VIH y el SIDA en México. Cuatro décadas de pandemia*. (Primera ed., págs. 25-66). Ciudad de México, México: Historiadores de las Ciencias y las Humanidades: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, 2022.
- Goffman, E. (2006). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Gómez Serra, M. (2003). *Evaluación de los servicios sociales*. Barcelona: Editorial Gedisa, S.A.
- González Ordenes, B. V. (2006). *Mejoramiento continuo de la atención farmacéutica a paciente VIH/SIDA derivados de Conasida al Hospital Clínico de la Universidad de Chile*. Universidad Católica de Chile.
<https://doi.org/https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/105510>
- Green, J. (1986). Reduction of Risk in High-risk Groups. En D. Miller, J. Weber, & J. Green, *The management of AIDS patients* (págs. 175-185). Londres: MACMILLAN.
- Guerrero Piña, I. F. (2015). *Afrontamiento en jóvenes varones de 18 a 24 años con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Caso Clínica Especializada Condesa (CEC)*.

- (Única ed.). Ciudad de México, México: Escuela Nacional de Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gunn, B. W. (2018). La implementación como parte de la formulación de políticas públicas. En M. d. Pardo, M. I. Dussauge Laguna, & G. M. Cejudo, *Implementación de políticas públicas. Una antología*. (Primera ed., págs. 25-50). Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE).
- Hall, P. M. (2007). A Symbolic Interactionist Analysis of Politics. *Sociological Inquiry*, 42(3-4), 35-75. <https://doi.org/10.1111/j.1475-682X.1972.tb00229.x>
- Hernández Forcada, R. (2022). El VIH y el SIDA en México: derechos humanos y no discriminación. En M. García Murcia, J. C. Mendoza-Pérez, & H. M. Salinas Hernández, *Los efectos sociales del VIH y el SIDA en México. Cuatro Décadas de Pandemia*. (págs. 111-128). Ciudad de México: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hernández Gracia, T. J., Avila, D. D., & Estrada Bárcenas, R. (2025). Type A Behavior in Workers at a Mexican Health Center. Comportamiento de Tipo A en Trabajadores de un Centro de Salud Mexicano. *Journal of Administrative Science*, 7(13), 1-4. <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/jas/issue/archive>
- Hupe, P., & Buffat, A. (2018). VI. Una brecha de servicio público: Cómo incorporar los contextos en un enfoque comparativo sobre la burocracia de nivel de calle. En M. I. Dussauge Laguna, G. M. Cejudo, & M. d. Pardo, *Las burocracias a nivel de calle* (págs. 203-236). Ciudad de México: Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE).

- Infante, C., & Abreu, L. F. (2007). Propuesta de un modelo conceptual para abordar las quejas médicas desde la perspectiva del paciente. En M. L. Magalhães Bosi, & F. J. Mercado, *Investigación cualitativa en los servicios de salud* (págs. 137-170). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Infante, C., Zarco, Á., Magali Cuadra, S., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M., & Magis, C. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: El caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 48(002), 141-150.
- Ingran, H., Schneider, A. L., & Deleon, P. (2007). Social Construction and Policy Design. En P. A. Sabatier, *Theories of the Policy Process* (págs. 93-126). Westview Press.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi). (15 de Marzo de 2020). *Población con afiliación a servicios de salud por entidad federativa según institución, 2020*. INEGI: https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Derechohabiencia_Derechohabiencia_02_822ebcc5-ef41-40c1-9901-22e397025c64&idrt=143&opc=t
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi). (15 de Marzo de 2020). *Población según condición de afiliación a servicios de salud y sexo por entidad federativa, 2020*. INEGI: https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Derechohabiencia_Derechohabiencia_01_3e83e8a1-690d-4cfb-8af0-a1e675979b3e&idrt=143&opc=t
- King, G., Keohane, R. O., & Verba, S. (1994). *Designing Social Inquiry*. Nueva Jersey: Princeton University Press.
- Knoepfel, P., Larrue, C., Subirats Humet, J., & Varone, F. (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas* (Primera ed.). Barcelona, España: Ariel S.A.

- Kroeger, A., & Luna, R. (1992). *Atención primaria de salud, principios y métodos*. Ciudad de México: Pax México.
- Laar, A. (2022). *Equilibrando las dimensiones sociopolíticas y médico éticas del VIH. Un enfoque de salud pública social*. Accra: Department of Population, Family, and Reproductive Health, School of Public Health, College of Health Sciences, University of Ghana.
- Labra, O. (2011). Trabajo Social y VIH-SIDA: análisis de prácticas de intervención. *Rumbos TS. Un Espacio Crítico Para La Reflexión En Ciencias Sociales*, 6, 41-54.
- Lars, T. L., Bekkers, V., Vink, E., & Musheno, M. (2018). VII. Cómo lidiar con el proceso de implementación de servicios públicos: Una conceptualización y una revisión sistemática de la bibliografía. En M. I. Dussauge Laguna, G. M. Cejudo, & M. d. Pardo, *Las burocracias a nivel de calle. Una antología*. (págs. 237-281). Ciudad de México: Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE).
- Lasswell, H. D. (1992). La orientación hacia las políticas. En L. F. Aguillar Villanueva, *El Estudio de las Políticas Públicas* (Primera ed., págs. 79-104). Distrito Federal, México: Miguel Ángel Porrúa, Grupo Editorial.
- Lipsky, M. (1980). *Dilemmas of the individual in Public Services*. Nueva York, Estados Unidos: Russell Sage Foundation.
- Lipsky, M. (2018). Dilemas del individuo en el servicio público. En M. I. Dussauge Laguna, G. M. Cejudo, & M. d. Pardo, *Las burocracias a nivel de calle* (págs. 27-40). Ciudad de México: Centro de Investigación y Docencia Económicas.

- López Jaramillo, A. M. (2014). *Los pacientes con VIH/SIDA en Tijuana y la accesibilidad a los servicios de salud como factor determinante de la adherencia terapéutica*. Tijuana : El Colegio de la Fronter Norte.
- Lutz, B. (2023). *Etnografía de la espera en Urgencias. Caso de los hospitales públicos de la Ciudad de México*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Maciá Soler, L., Pedraz Marcos, A., Zarco Colón, J., Ramasco Gutiérrez, M., & Palmar Santos, A. M. (2014). *Investigación cualitativa*. Barcelona, España: Elsevier España.
- Macías Juárez, E. A. (2012). *Reconstruyendo y relacionando las experiencias de migrar y enfermar. Representaciones sociales y trayectorias de búsqueda de atención en personas que viven con VIH con experiencias de migración en el CAPASITS de Poza Rica, Veracruz*. Distrito Federal: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Malagón-Londoño, G. (2002). Capítulo 1: Responsabilidad y cobertura de la salud pública. En G. Malagón-Londoño, & R. Galán Morera, *La Salud Pública. Situación actual propuestas y recomendaciones* (págs. 15-36). Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- March, J. G., & Olsen, J. P. (1997). *El redescubrimiento de las instituciones. La base organizativa de la política*. (Primera ed.). (M. Merino, Ed., & J. Ferreiro Santana, Trad.) Ciudad de México, México: Fondo de Cultura Económica.
- Martínez Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Revista Ciencia & Saúde Colectiva*, 613-619.

- Martínez, R. M. (2022). El vih en los pueblos indígenas de Oaxaca, México: de la inmunidad étnica a la vulnerabilidad estructural. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 197-229.
- Martin-onraët, A., Volkow-fernández, P., Alvarez-wyssmann, V., González-rodríguez, A., Casillas-rodríguez, J., Rivera-abarca, L., Torres-escobar, I., & Sierra-madero, J. (2017). Late Diagnosis Due to Missed Opportunities and Inadequate Screening Strategies in HIV Infected Mexican Women. *AIDS and Behavior*, 505-514.
- Maynard-Moody, Steven, & Musheno, M. (2018). III. Agente del Estado o agente de los ciudadanos: Dos narrativas sobre la discrecionalidad. En M. I. Dussauge Laguna, C. G. M., & M. d. Pardo, *Las burocracias a nivel de calle* (págs. 85-125). Ciudad de México: Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE).
- Meireles Pinto, R., Chen, Y., & Park, S. (. (2019). A client-centered relational framework on barriers to the integration of HIV and substance use services: a systematic review. *Harm Reduction Journal*, 1-12.
- Menéndez, E. L., & Di Pardo, R. B. (2009). *Miedos, riesgos e inseguridades: los medios, los profesionales y los intelectuales en la construcción social de la salud como catástrofe*. Distrito Federal: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).
- Miaja Ávila, M., & Moral de la Rubia, J. (2014). Ansiedad ante la muerte y afrontamiento en personas viviendo con VIH/SIDA y población general. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 6(1), 26-42.

- Moral de la Rubia, J., & Segovia, M. P. (2011). Discriminación en mujeres que viven con VIH/SIDA. *Revista iberoamericana de psicología y salud*, 185-206.
- Muñoz Martínez, R. (mayo-agosto de 2022). El VIH en los pueblos indígenas de Oaxaca, México: de la inmunidad étnica a la vulnerabilidad estructural. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México*(245), 197-229. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.22201/fcpys.2448492xe.2022.245.71834>
- Muñoz Martínez, R. (2022). La invención de la sexualidad indígena: de la ruralización a la racialización del SIDA en México. En M. García Murcia, J. C. Mendoza Pérez, H. M. Salinas Hernández, M. García Murcia, J. C. Mendoza Pérez, & H. M. Salinas Hernández (Edits.), *Los efectos sociales del VIH y el SIDA en México. Cuatro décadas de pandemia*. (Primera ed., págs. 323-354). Ciudad de México, México: Historiadores de las Ciencias y las Humanidades: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, 2022.
- Muñoz, P. (2020). Capítulo IV: La gestión pública: de los modelos al territorio. En S. Ángel, R. Losada, J. Rivas, D. Martínez, P. Muñoz, M. Valencia, F. Sánchez, C. Acosta, C. Ortiz, C. Niño, M. Aller, J. Ariza, A. Cardozo, F. Sánchez, & N. Liendo (Edits.), *Manual de Ciencia Política y Relaciones Internacionales* (Primera ed., págs. 95-124). Bogotá, Colombia: Universidad Sergio Arboleda.
- Nkosi, B., Seeley, J., Ngwenya, N., Mchunu, S. L., Gumede, D., Ferguson, J., & Doyle, A. M. (2019). Exploring adolescents and young people's candidacy for utilising health services in a rural district, South Africa. *BMC Health Services Research* , 1-12.

- Ñaupas Paitán, H., Mejía Mejía, E., Novoa Ramírez, E., & Villagómez Paucar, A. (2014). *Metodología de la investigación Cuantitativa-Cualitativa y Redacción de la Tesis* (Cuarta ed.). Bogotá, Colombia: Ediciones de la U.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas*. Washington D.C.: Unidad de Recursos Humanos para la Salud, Bioética e Investigación (HR), Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS).
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Ortiz Juárez, M. J. (2021). *Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con VIH en el hospital de alta especialidad de Veracruz*. Veracruz, Veracruz : Universidad Veracruzana.
- Ortiz Martínez, E. P. (2011). *Experiencia emocional en pacientes con VIH-SIDA de la clínica CAPASITS-Coatzacoalcos, desde un enfoque tanatológico*. Coatzacoalcos, Veracruz : Universidad de Sotavento A.C. (Estudios incorporados a la Universidad Nacional Autónoma de México).
- Pardo, M. d., Dussauge Laguna, M. I., & Cejudo, G. M. (2018). Estudio introductorio. Implementación de políticas públicas: Una antología. En M. d. Pardo, M. I. Dussauge Laguna, G. M. Cejudo, M. d. Pardo, M. I. Dussauge Laguna, & G. M. Cejudo (Edits.),

- Implementación de políticas públicas: Una antología.* (Primera ed., págs. 8-24). Ciudad de México, México: Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE).
- Pasquino, G. (2014). *Nuevo Curso de Ciencia Política.* (C. Ferri, Trad.) Distrito Federal, México: Fondo de Cultura Económica.
- Payá, V. A., Bracamonte, P. A., Recinas, S., Rivera, J., Rojas, Q., & Vega, W. N. (2019). *Hombres y mujeres de blanco. Un estudio socioantropológico de un hospital de urgencias médicas* (Primera Edición ed.). (J. P. Editor, Ed.) Naucalpan, Estado de México, México: Facultad de Estudios Superiores Acatlán, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Paz, R. (23 de 10 de 2023). *La distribución del personal de salud, un desafío en México.* Gaceta UNAM: <https://www.gaceta.unam.mx/la-distribucion-del-personal-de-salud-un-desafio-en-mexico/>
- Persson, A., Kelly-Hanku, A., Mek, A., Mitchell, E., Nake Trumb, R., Worth, H., & Bell, S. (2023). "We Live Just Like a Normal Family": Exploring Local Renderings of the Global HIV Normalisation Discourse Among Serodiscordant Couples in Papua New Guinea. *Sexuality & Culture*, 27, 19–37.
- Pines, H. A., Goodman-Meza, D., Pitpitan, E. V., Torres, K., Semple, S. J., & Patterson, T. L. (2016). HIV testing among men who have sex with men in Tijuana, Mexico: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 1-9.
- Pines, H. A., Semple, S. J., Magis-Rodríguez, C., Harvey-Vera, A., Strathdee, S. A., Rudy, P., Rangel, G., & Patterson, T. L. (2021). A comparison of the effectiveness of respondent-driven and venue-based sampling for identifying undiagnosed HIV

- infection among cisgender men who have sex with men and transgender women in Tijuana, Mexico. *Journal of the International AIDS Society*, 1-9.
- Piñeirúa Menéndez, A., & Ramos Alamillo, U. (2018). El personal médico y la visibilidad de las mujeres en la epidemia del VIH en México. En A. Amuchástegui, *Mujeres y VIH en México. Diálogos y tensiones entre perspectivas de atención a la salud*. (págs. 169-186). Ciudad de México, Ciudad de México, México: Imagia Comunicación, Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco, División de Ciencias Sociales y Humanidades, Comité Editorial de la Revista Salud Problema.
- Pitpitan, E. V., Mittal, M. L., & Smith, L. R. (2020). Perceived Need and Acceptability of a Community-Based Peer Navigator Model to Engage Key Populations in HIV Care in Tijuana, Mexico. *Revista de la Asociación Internacional de Proveedores de Atención del SIDA (JIAPAC)*, 1-8.
- Pla, M., Ros, M., Fernández, E., Pérez, R., Llena, M. A., & Vega, M. C. (2007). Sexualidad, inmigración y prevención del SIDA: Evaluación cualitativa/participativa de experiencias nacionales de intervención en el primer nivel de salud. En M. L. Magalhães Bosi, & F. J. Mercado, *Investigación cualitativa en los servicios de salud* (págs. 391-423). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Podestá Arzubíaga, J. (2001). Problematicación de las políticas públicas desde la óptica regional. *Última Década*(15), 163-175.
- Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA). (2024). *La urgencia del ahora. El SIDA frente a una encrucijada. Actualización Mundial sobre el SIDA 2024*. Ginebra: ONUSIDA.

- Rangel Cano, L. (2005). *El personal de salud ante la atención de los pacientes con VIH-SIDA. El caso del hospital integral de Jacala Hidalgo*. Pachuca de Soto, Hidalgo, México: Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
<http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/handle/231104/1765>
- Robertson, A. M., Garfein, R. S., Wagner, K. D., Mehta, S. R., Magis-Rodriguez, C., Cuevas-Mota, J., Moreno-Zuniga, P. G., Strathdee, S. A., & II, P. E. (2014). HIV testing among men who have sex with men in Tijuana, Mexico: a cross-sectional study. *Harm Reduction Journal*, 1-14.
- Rocha-Jiménez, T., Morales-Miranda, S., Fernández-Casanueva, C., Silverman, J. G., Zúñiga, M. L., Goldenberg, S. M., Noe, C., & Brouwer, K. C. (2022). Migration and Mobility: Correlates of Recent HIV Testing Among Substance Using Female Sex Workers at the Mexico–Guatemala Border. *AIDS and Behavior*, 1467-1476.
- Rocheftort, D. A., & Cobb, R. W. (1993). Problem Definition, Agenda Access, and Policy Choice. *Policy Studies Journal*(21), 56-71.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1541-0072.1993.tb01453.x>
- Rogers, D. E. (1989). Summation: Better Care for AIDS Patients. En D. E. Rogers, & E. Ginzberg, *Public and Professional Attitudes Toward AIDS Patients. A National Dilemma*. (págs. 136-141). New York: Routledge, Taylor & Francis Group. Cornell University Medical College Fifth Conference on Health Policy.

- Rojo, A., Arratibel, P., Bengoa, R., & VIH, G. M. (2018). *Descripción del modelo óptimo de atención al paciente con infección por el VIH*. Madrid: The Institute for Health and Strategy.
- Rubio Miranda, A. L. (2022). *Evaluación del nivel de satisfacción al Tratamiento Antirretroviral altamente activo en pacientes con VIH/SIDA que lo reciben por primera vez en el CAPASITS Cuernavaca*. Cuernavaca, Morelos: Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
- Sabatier, P. A. (1986). Top-down and Bottom-up Approaches to Implementation Research: A Critical Analysis and Suggested Synthesis. *Journal of Public Policy*, 6(1), 21-48.
<https://www.jstor.org/stable/3998354>
- Salazar Campos, A. (2017). *Prevalencia de Ansiedad-Depresión en pacientes del CAPASITS Hidalgo con VIH/SIDA, su relación con CD4 y Calidad de Vida* (Única ed.). Pachuca de Soto, Hidalgo, México: Área Académica de Medicina, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Saldaña, J. (2009). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. Londres: SAGE.
- Salifu, R. S., & Hlongwana, K. W. (2021). Frontline healthcare workers' experiences in implementing the TB-DM collaborative framework in Northern Ghana. *BMC Health Services Research*, 1-11.
- Sánchez Chinchay, M., & Huyhua Gutierrez, S. C. (2019). Actitud del personal de salud asistencial hacia las personas con VIH-SIDA, Hospital Gustavo Lanatta Luján, Bagua, Amazonas, 2017. *Revista de Investigación Científica UNTRM: Ciencias*

Sociales y Humanidades, 2(2), 49-54.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.25127/rcsh.20192.529>

Secretaría de Salud. (2012). Percepción de los profesionales de la salud sobre la calidad de la atención en México. En F. Hernández Torres, A. Cáliz Morales, J. Santos García, & M. A. Alcántara Balderas (Ed.), *La calidad de la atención en México a través de sus instituciones, 12 años de experiencia*. (págs. 169-174). Distrito Federal, Distrito Federal, México: Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES).

Segovia Chávez, M. P. (2012). *Discriminación en mujeres con VIH/SIDA y su relación con depresión e ira*. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.

Servicios de Inclusión Integral A.C. (2013). *Personas Privadas de la Libertad; una mirada a la prevención del VIH/SIDA y la no discriminación*. Mineral de la Reforma, Hidalgo, México: SEIINAC A.C.

Servicios de Inclusión Integral y Derechos Humanos A. C. (SEIINAC). (2023). *Tejiendo datos, Rompiendo silencios. La detección y atención del VIH en Hidalgo*. Pachuca de Soto: Servicios de Inclusión Integral y Derechos Humanos A. C. (SEIINAC).

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH, Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles. (2023). *Informe histórico de VIH 3er semestre 2023*. Ciudad de México: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud.

Smith, L. R., Patterson, T. L., Magis-rodriguez, C., Ojeda, V. D., Burgos, J. L., Rojas, S. A., Zúñiga, M. L., & Strathdee, S. A. (2017). Engagement in the HIV Care Continuum among Key Populations in Tijuana, Mexico. *AIDS and Behavior*, 1017-1025.

- Soberón, G. (1988). SIDA: Características generales de un problema de salud pública. *Salud Pública de México*, 30(4), 504-512.
<https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/157>
- Staines-Orozco, M. G., Miranda-Quezada, I. P., Compeán-Dardón, M. S., Pérez-Salgado, D., & Ortiz-Hernández, L. (2023). Ser joven con VIH es tener mayor riesgo a la no adherencia al TAR en Chihuahua, México. *Medicina Social*, 22-29.
- Strauss, A. L., Fagerhaugh, S., Suczek, B., & Wiener, C. (1997). *Social Organization of Medical Work*. Routledge.
- Tanaka, O. Y., & Melo, C. (2007). Reflexiones sobre la evaluación en servicios de salud y la adopción de abordajes cualitativos y cuantitativos. En M. L. Magalhães Bosi, & F. J. Mercado, *Investigación cualitativa en los servicios de salud* (págs. 97-107). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Troche Gutiérrez, I. Y. (2024). Atención de las personas que viven con VIH en las personas que viven con VIH en el Sistema de Salud Colombiano: perspectivas de pacientes, cuidadores y personal de salud. *Revista Española de Salud Pública*, 98, 1-13.
- Tullis, J. A. (2019). Yo y los otros. La ética en la investigación autoetnográfica. En S. Bernard Calva, *Autoetnografía. Una metodología cualitativa*. (Primera edición ed., págs. 155-179). Aguascalientes & San Luis Potosí, México: Universidad Autónoma de Aguascalientes & El Colegio de San Luis, A.C.
- Tummers, L., Bekkers, V., Vink, E., & Musheno, M. (2015). Coping During Public Service Delivery: A Conceptualization and Systematic Review of the Literature. *Journal of*

Public Administration Research and Theory, 25(4), 1099-1126.
<https://doi.org/10.1093/jopart/muu056>

Valdés Villareal, V. (2012). *Prevalencia de trastornos depresivos y detección de los factores de riesgo asociados al desarrollo del mismo en pacientes con VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual en el CAPASITS, Tijuana*. Mexicali: Universidad Autónoma de Baja California.

Valdez Carrizo, E., Salcedo Cuellar, J., Alvarado Arnez, L. E., Rivera Carrasco, I., & Rojas Escalier, N. (2020). Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud sobre sexualidad, VIH y SIDA de Cochabamba, estudio comparado de 20 años. *Revista de Investigación e Información en Salud*, 14(38), 5-19.
<https://doi.org/https://doi.org/10.52428/20756208.v14i38.322>

Valencia, M. (2020). Capítulo V: El análisis de políticas públicas. En S. Ángel, R. Losada, J. Rivas, D. Martínez, P. Muñoz, M. Valencia, F. Sánchez, C. Acosta, C. Ortiz, C. Niño, M. Aller, J. Ariza, A. Cardozo, F. Sánchez, & N. Liendo (Edits.), *Manual de Ciencia Política y Relaciones Internacionales* (Primera ed., págs. 125-150). Bogotá, Colombia: Universidad Sergio Arboleda.

Vallés, J. M., & Martí Puig, S. (2024). *Ciencia Política. Un manual* (Primera ed.). España: Ariel.

Vásquez Gómez, J. (2009). Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento antiretroviral en personas con VIH. *CienciaUAT*, 25-30.

- Ventura Cerdá, J. M. (2004). *Procedimientos de atención farmacéutica al paciente VIH. Aproximación práctica*. Servicio de Farmacia, Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE), Hospital General de Castellón.
- Vera, A., Abramovitz, D., Lozada, R., Martinez, G., Rangel, M. G., Staines, H., Patterson, T. L., & Strathdee, S. A. (2012). Mujer Mas Segura (Safer Women): a combination prevention intervention to reduce sexual and injection risks among female sex workers who inject drugs. *BMC Public Health*, 1-18.
- Verma, S. P. (2020). El papel del trabajador social profesional en la concienciación sobre el VIH/SIDA entre los jóvenes. *Current Research on HIV/AIDS*, 4(1), 1-5. <https://doi.org/10.29011/2575-7105.100121>
- Vink, E., Tummers, L., Bekkers, V., & Musheno, M. (2015). Chapter 7: Decisionmaking at the frontline: exploring coping with moral conflicts during public service delivery. En J. Lewis, & M. Considine, *Making public policy decisions* (págs. 112-128). London, Inglaterra: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315778853-7>
- Watkins-Hayes, C., Patterson, C. J., & Armour, A. R. (2011). Black Women, Neighborhood HIV/AIDS Risk, and Institutional Buffers. *Du Bois Review*, 8(1), 229-240.
- Wholey, D. R., Zhu, X., Knoke, D., Shah, P., & White, K. M. (2014). Managing to Care: Design and Implementation of Patient- Centered Care Management Teams. En S. S. Farnsworth Mick, & P. D. Shay, *Advances in Health Care Organization Theory* (págs. 125-152). Jossey-Bass.
- Zinn, J. S., & Brannon, S. D. (2014). Finding Strength in Numbers: Bringing Theoretical Pluralism into the Analysis of Health Care Organizations. En S. S. Farnsworth Mick,

& P. D. Shay, *Advances in Health Care Organization Theory* (págs. 53-78). Jossey-Bass.

Zúñiga, M. L., Muñoz, F., Kozo, J., Blanco, E., & Scolari, R. (2012). A Binational Study of Patient-Initiated Changes to Antiretroviral Therapy Regimen Among HIV-positive Latinos Living in the Mexico–U.S. Border Region. *AIDS and Behavior* , 1622-1629.

Anexos

Anexo 1: Guía de entrevista – Dirección del CAPASITS

A continuación, se muestra el instrumento de entrevista a la Dirección del CAPASITS, que para el caso de esta investigación fue aplicado a la coordinadora administrativa del mismo, debido a que la directora de la época fue destituida:

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades (ICSHu)

Área Académica de Ciencias Políticas y Administración Pública

Doctorado en Políticas Públicas

Entrevista - Dirección del CAPASITS

Edad: ____

Sexo: ____

Escolaridad: ____

[Lea en voz alta]: Mi nombre es René Franco, y me encuentro realizando mi tesis del Doctorado en Políticas Públicas en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, sobre el CAPASITS de Pachuca de Soto, Hidalgo, “El rol del personal de salud en la política del VIH: El CAPASITS Pachuca de Soto, Hidalgo 2018-2022”, que tiene por objetivo “Analizar el rol del personal de salud del CAPASITS Pachuca de Soto en la atención en VIH entre los años 2018 y 2022; usando metodología cualitativa, mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas y observación no participante como técnicas de investigación, con el fin de sugerir mejoras en la implementación de la política de VIH en el Estado de Hidalgo.; su nombre no será usado en el documento final, por lo que le garantizo confidencialidad.

Muchas gracias por su tiempo prestado para participar en esta investigación, sus respuestas serán utilizadas para fines estrictamente académicos, por lo que le solicito responder de la manera más sincera posible. Primero le haré una serie de preguntas sobre sus características y luego sobre el entorno de trabajo.

Perfil profesional y académico

1. ¿Me podría contar un poco sobre su experiencia profesional, antes de comenzar a laborar en el CAPASITS? ¿Qué formación académica tiene?

2. ¿Qué cargo tiene en el CAPASITS? ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en el CAPASITS?

3. ¿En qué consiste su cargo? ¿Cuáles son sus funciones?

Roles específicos

4. ¿Qué retos específicos existen con el personal, para la operativización de la normativa y procedimientos vigentes? y, ¿Por qué?

5. Los lineamientos de trabajo, ¿Son poco claros o ambiguos?

6. ¿Qué mecanismos de retroalimentación se llevan a cabo, para el cumplimiento de la normativa con el personal?

Autocuidado

7. ¿Qué actividades de autocuidado se realizan con el personal del CAPASITS?

Lineamientos y capacitaciones.

8. ¿Qué capacitaciones ha recibido por parte del CAPASITS o Secretaría de Salud de Hidalgo, desde que trabaja en la institución? ¿Quién financió estas capacitaciones?

9. ¿En qué temas considera que debería recibir más capacitaciones y por qué? ¿Qué temas de capacitación están pendientes?

10. ¿Se ha realizado algún diagnóstico de necesidades de capacitación, desde el año 2018 para el personal operativo?

11. ¿Cómo se dan las indicaciones para procesos de capacitación interna? ¿Quién?

12. ¿La pandemia del COVID 19 generó nuevas necesidades de capacitación? ¿Cuáles?

Gestión del Recurso Humano

13. El área de Recursos Humanos del CAPASITS, ¿Únicamente juega una función administrativa o también tiene facultad de tomar decisiones?

14. ¿Recursos Humanos tiene la facultad para realizar un diagnóstico de necesidades de capacitación?

15. Respecto del ambiente laboral que se vive en el CAPASITS, ¿Recursos Humanos puede hacer alguna actividad para la gestión del estrés y la mejora del ambiente laboral?

16. Una preocupación generalizada del personal de salud es el código salarial con el que han sido contratadas/os. ¿Qué proceso debe seguirse para el cambio de código y, por tanto, una remuneración salarial acorde al nuevo código?

Plan de mejora

17. ¿Cuándo fue la última vez que se realizó el plan de mejora en base a los aspectos de mejora identificados en la implementación de normatividad vigente y procesos?

18. ¿Cuáles son los principales retos al momento de implementar el plan de mejora?

19. ¿Cómo manejan los cambios en paradigmas de atención?

20. ¿Qué podrían decirme sobre la velocidad de puesta en práctica, desde el lineamiento, capacitación y operativización?

21. ¿Se incluye lo relacionado con autocuidado, estímulo al personal y planes de capacitación hacia el personal?

Herramientas de trabajo

22. ¿En qué medida cuenta/n con suficientes herramientas de trabajo para la atención a la población usuaria? ¿Ha tenido que racionar algún recurso?

23. ¿Consideran que la provisión de insumos de trabajo por parte de las instancias superiores del CAPASITS es ralentizada?

24. ¿Qué recursos propios ha tenido que utilizar para el cumplimiento de sus labores?

25. ¿En qué proporción creen que hay obstáculos derivados de la excesiva demanda del servicio de salud por parte de la población usuaria?

Comunicación y redes sociales

26. ¿Qué piensan sobre los canales de comunicación entre el CAPASITS y la población usuaria? ¿Creen que son insuficientes? (consulta virtual)

27. ¿Creen que el traslado de indicaciones para el uso de redes sociales es ágil?

28. ¿Cómo funciona el suministro de recursos para la atención a la población usuaria? ¿Es escaso?

Nuevas áreas

29. Entre los años 2018 y 2022, ¿Se generó la necesidad de crear una nueva área, programa o suprimir algún área para la atención a la población usuaria?

¿En qué consistió este proceso y qué lecciones aprendidas les dejó? (p. ej. a raíz del COVID 19)

¿El programa del PrEP y PEP implicó la reestructuración o contratación de nuevo personal?

Evaluación de desempeño

30. ¿Con qué frecuencia se evalúa al personal?

31. ¿Cuáles son los aspectos de mejora más frecuentes que se identifican en este proceso?

Sobre las estrategias de mejora del desempeño, ¿Qué les ha funcionado mejor?

Anexo 2: Guía de entrevista – Personal de salud del CAPASITS

A continuación, se muestra el instrumento de entrevista del personal de salud, el cual fue aplicado a las distintas personas que conforman las distintas áreas operativas del CAPASITS y que tienen contacto directo con las personas usuarias:

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades (ICSHu)

Área Académica de Ciencias Políticas y Administración Pública

Doctorado en Políticas Públicas

[Lea en voz alta]: Mi nombre es René Franco, y me encuentro realizando mi tesis del Doctorado en Políticas Públicas en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, sobre el CAPASITS de Pachuca de Soto, Hidalgo, “El rol del personal de salud en la política del VIH: El CAPASITS Pachuca de Soto, Hidalgo 2018-2022”, que tiene por objetivo “Analizar el rol del personal de salud del CAPASITS Pachuca de Soto en la atención en VIH entre los años 2018 y 2022; usando metodología cualitativa, mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas y observación no participante como técnicas de investigación, con el fin de sugerir mejoras en la implementación de la política de VIH en el Estado de Hidalgo.”

Muchas gracias por su tiempo prestado para participar en esta investigación, sus respuestas serán utilizadas para fines estrictamente académicos, por lo que le solicito responder de la manera más sincera posible. Primero le haré una serie de preguntas sobre sus características y luego sobre el entorno de trabajo.

Entrevista personal de salud

Edad: ____

Sexo: ____

Escolaridad: ____

Para empezar, quiero preguntarle sobre su perfil académico y profesional:

1. ¿Me podría contar un poco sobre su experiencia profesional, antes de comenzar a laborar en el CAPASITS? ¿Qué formación académica tiene?

2. ¿Qué cargo tiene en el CAPASITS? ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en el CAPASITS?

3. ¿En qué consiste su cargo? ¿Cuáles son sus funciones?

Ahora, me gustaría preguntarle sobre los principales Obstáculos en la atención de las poblaciones de alto riesgo.

Obstáculos internos

4. ¿Cómo es un día normal en su jornada de trabajo?

5. ¿Cuál es el horario de mayor carga laboral? ¿Qué horario le estresa más?

6. ¿Cuál es el principal reto al que se enfrenta a diario en su labor y por qué?

7. ¿Cuáles son los usuarios más difíciles de tratar y por qué?

7.1 ¿Qué características tienen estos usuarios?

7.2 ¿Qué hacen cuando les toca lidiar con un usuario molesto o enojado?

7.3 ¿Qué hacen cuando les toca lidiar con un usuario tranquilo o feliz?

7.4 ¿Qué pasa cuando un paciente llega tarde a su consulta? ¿Le atienden?

7.5 ¿Cuál es la queja más frecuente en el CAPASITS? ¿Qué puede hacerse para mejorar el proceso?

8. Respecto de grupos vulnerables, ¿Qué proceso se sigue para atender pueblos indígenas, migrantes y personas privadas de la libertad?

8.1 ¿Hay lineamientos específicos para dichos grupos?

9. ¿En qué medida cuenta/n con suficientes herramientas de trabajo para la atención a la población usuaria? ¿Ha tenido que racionar algún recurso?

10. ¿De qué manera influye el trabajo en equipo en la atención a la población usuaria?

11. ¿Con qué frecuencia se actualizan los pizarrones con información?

12. ¿De qué forma ha hecho suyo el espacio? [elementos de decoración propia, que le hagan sentir mejor]

13. ¿Qué recursos propios ha tenido que utilizar para el cumplimiento de sus labores?

14. Los lineamientos de trabajo, ¿Son poco claros o ambiguos?

15. ¿Cómo es el proceso para realizar interconsultas? [Llaman al hospital, al médico, le dan seguimiento personalmente, genera alguna consecuencia, se deben lealtad]

16. El relacionamiento médico-paciente de alguna forma genera un vínculo, ¿Cómo maneja ese vínculo? ¿Genera mayor empatía con las personas usuarias?

17. Pensando en las decisiones diarias que deben tomar:

17.1 ¿Cuáles son las decisiones más fáciles de tomar y por qué?

17.2 ¿Cuáles son las decisiones más difíciles de tomar y por qué?

Gestión del estrés

18. De todas sus actividades diarias, ¿Cuáles son las más complicadas o estresantes?

19. ¿Qué actividades llevan a cabo para gestionar el estrés?

20. ¿El personal tiene algún espacio de descanso adentro del CAPASITS? (Si no cuentan con el mismo, ¿Les gustaría contar con un espacio de descanso? ¿Qué tipo de espacio de descanso sería el más idóneo para usted?

21. ¿Qué recesos tienen durante la jornada laboral?

22. ¿Cómo influye el nivel de estrés que manejan en la calidad de la atención que brindan?

Obstáculos externos

23. ¿Ha percibido un aumento en la cantidad de personas usuarias en los últimos meses? ¿Cómo impacta esto en las funciones que debe desempeñar diariamente?

24. ¿Qué piensan sobre los canales de comunicación entre el CAPASITS y la población usuaria? ¿Creen que son insuficientes? (consulta virtual)

Nuevos lineamientos y capacitaciones.

25. ¿Qué capacitaciones ha recibido por parte del CAPASITS o Secretaría de Salud de Hidalgo, desde que trabaja en la institución? ¿Quién financió esas capacitaciones?

25.1 ¿En qué temas considera que debería recibir más capacitaciones y por qué?

25.2 ¿Cómo impactan las capacitaciones recibidas en la calidad de la atención que brinda a las personas usuarias?

26. ¿Cómo se dan las indicaciones para procesos de capacitación interna?
27. ¿Cómo manejan los cambios en lineamientos de atención?
28. ¿Se ponen en práctica rápido los nuevos lineamientos o se tardan?

Para concluir

29. ¿Cuál es su principal preocupación respecto de su papel como personal de salud del CAPASITS?

Anexo 3: Guía de observación del CAPASITS

A continuación, se muestra la guía de observación que se aplicó en el CAPASITS, en particular en el área de *triage* o distribución de pacientes.

Guía de observación

1. ¿Las instalaciones del CAPASITS cuentan con rampa para personas en silla de ruedas? Sí__ No__

2. ¿Quién es la primera persona del CAPASITS con la que tienen contacto las personas usuarias? Vigilante__ Psicóloga__ Enfermera__

3. Quien recibe a las personas usuarias, ¿Les saluda y da la bienvenida de manera cordial? Sí__ No__

4. ¿Se dirigen a las personas usuarias con su nombre y género de preferencia? Sí__ No__

5. ¿Se dirigen con respeto a las personas usuarias? Sí__ No__

6. ¿Se orienta a las personas usuarias sobre los servicios del CAPASITS? Sí__ No__

7. ¿Existen carteles con la información sobre el CAPASITS pegados en las paredes del CAPASITS? Sí__ No__

8. ¿Estos carteles se encuentran en español o también en idiomas indígenas? Español__ Idiomas indígenas__

9. ¿Cuentan con material educativo disponible para las personas usuarias? Sí__ No__

10. ¿Este material educativo se encuentra disponible en español o también en idiomas indígenas? Español__ Idiomas indígenas__

11. ¿Las instalaciones del CAPASITS están limpias? Sí__ No__

Anexo 4: Consentimiento informado – Dirección del CAPASITS

Entrevista directora del CAPASITS - Consentimiento Informado

Yo, MARTA ELENA CALVA PÉREZ CONFIRMO que comprendo que el Mtro. René Franco está realizando el proyecto de **Tesis doctoral:** El rol del personal de salud en la política del VIH: El CAPASITS Pachuca de Soto, Hidalgo 2018-2022, que tiene por objetivo “Analizar el rol del personal de salud del CAPASITS Pachuca de Soto en la atención en VIH entre los años 2018 y 2022; usando metodología cualitativa, mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas y observación no participante como técnicas de investigación, con el fin de sugerir mejoras en la implementación de la política de VIH en el Estado de Hidalgo.

COMPRENDO que este proyecto contempla la realización de entrevistas para conocer el trabajo de la institución en la que laboro sobre el avance o los obstáculos encontrados para la implementación de la política de salud del CAPASITS de Pachuca de Soto, Hidalgo, así como en proporcionar información que la institución que represento haya producido al respecto y que sea pertinente a los temas tratados en la entrevista.

Además, doy mi AUTORIZACIÓN para que esta entrevista sea grabada. Por la presente, doy mi consentimiento para participar en este proyecto.

Este consentimiento es válido por diez años.

Nombre del / de la participante:

Firma del /de la participante:

Fecha: __ / __ / __

Anexo 5: Consentimiento informado – Personal de salud del CAPASITS

Yo, [...] CONFIRMO que comprendo que el Mtro. René Franco está realizando el proyecto de **Tesis doctoral**: El rol del personal de salud en la política del VIH: El CAPASITS Pachuca de Soto, Hidalgo 2018-2022, que tiene por objetivo “Analizar el rol del personal de salud del CAPASITS Pachuca de Soto en la atención en VIH entre los años 2018 y 2022; usando metodología cualitativa, mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas y observación no participante como técnicas de investigación, con el fin de sugerir mejoras en la implementación de la política de VIH en el Estado de Hidalgo.”; su nombre no será usado en el documento final, por lo que le garantizo confidencialidad.

COMPRENDO que este proyecto contempla la realización de entrevistas para conocer el trabajo de la institución en la que laboro sobre el avance o los obstáculos encontrados para la implementación de la política de salud del CAPASITS de Pachuca de Soto, Hidalgo, así como en proporcionar información que la institución que represento haya producido al respecto y que sea pertinente a los temas tratados en la entrevista.

Además, doy mi AUTORIZACIÓN para que esta entrevista sea grabada. Por la presente, doy mi consentimiento para participar en este proyecto.

Este consentimiento es válido por diez años.

Nombre del / de la participante:

Firma del /de la participante:

Fecha: __ / __ / __